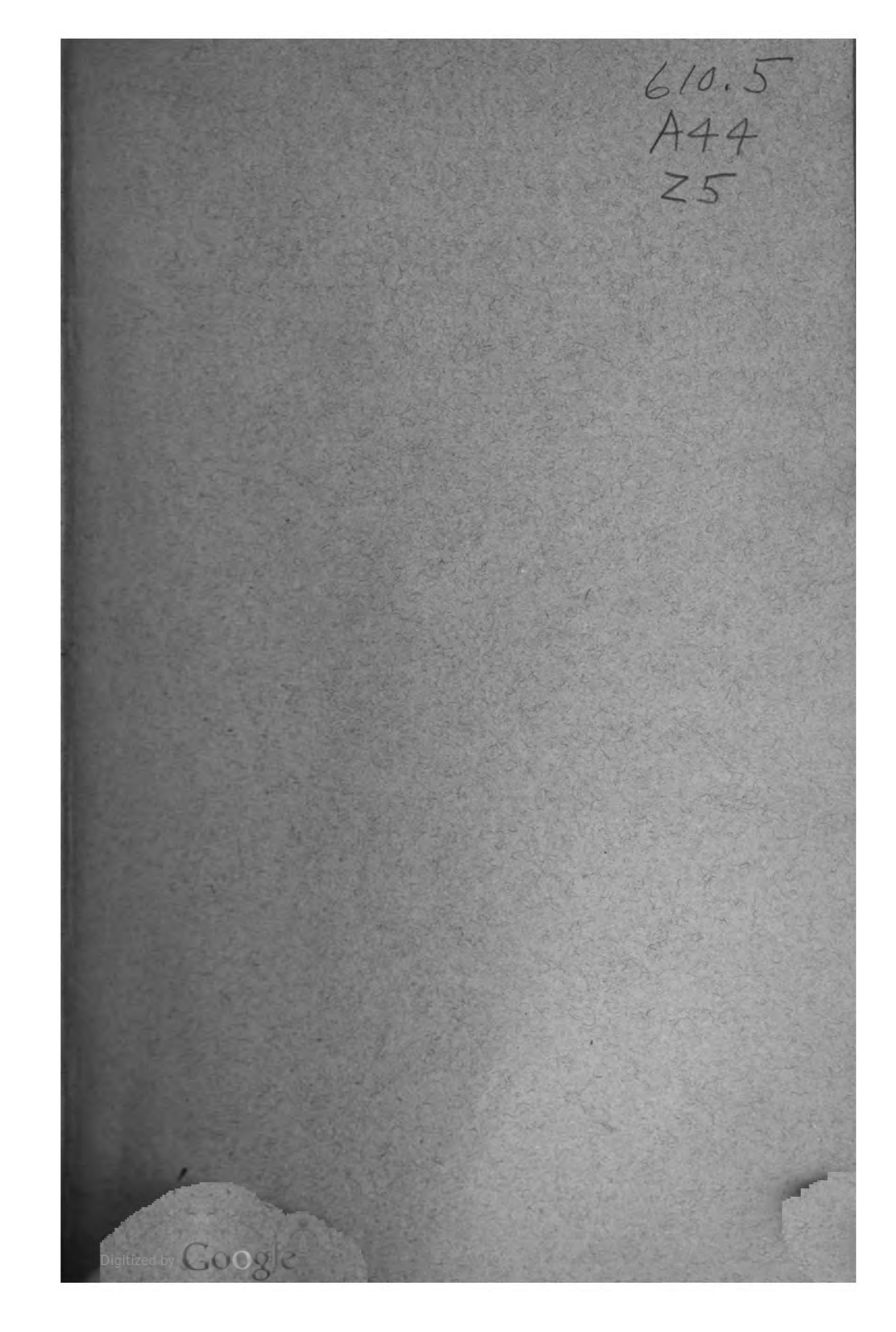
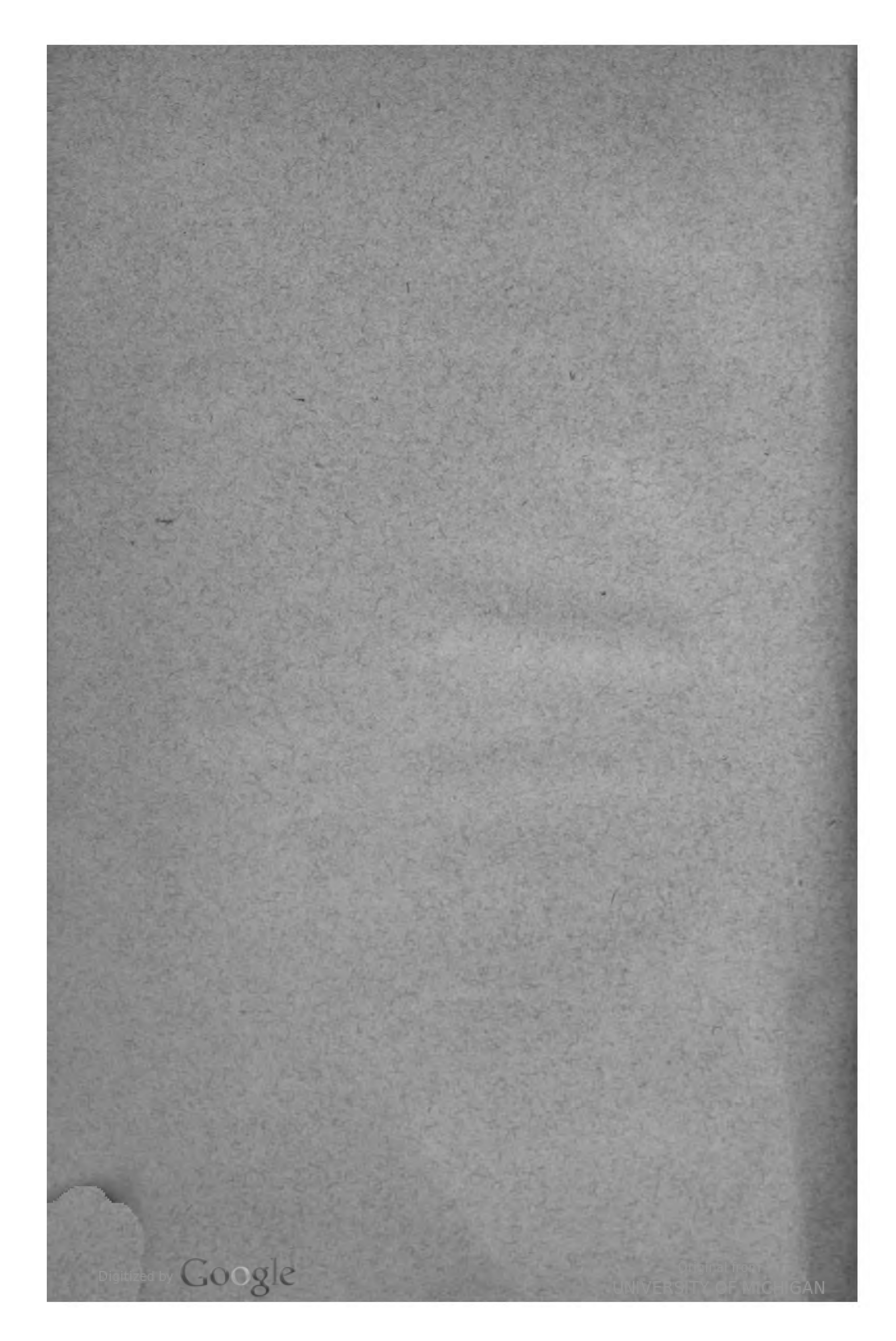






ALLGEMEINE ZEITSCHRIFT

FÜR

PSYCHIATRIE

UND

PSYCHISCH-GERICHTLICHE MEDIZIN

HERAUSGEGEBEN VON

DEUTSCHLANDS IRRENÄRZTEN

UNTER DER MITREDAKTION VON

BONHOEFFER	CRAMER	v. GRASHEY	KREUSER	PELMAN	SCHÜLE
BRESLAU	GÖTTINGEN	MÜNCHEN	WINNENTAL	BONN	ILLENAU

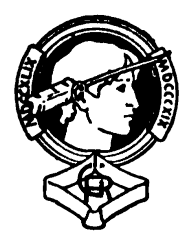
DURCH

HANS LAEHR
SCHWEIZERHOF

ACHTUNDSECHZIGSTER BAND
NEBST EINEM BERICHT
ÜBER DIE PSYCHIATRISCHE LITERATUR IM JAHRE 1910

REDIGIERT VON

O. SNELL
LÜNEBURG



BERLIN
DRUCK UND VERLAG VON GEORG REIMER
1911



Inhalt.

Erstes Heft.

Originalien.

Kleinere Mitteilungen.

Zweites Heft.

Originalien.



Seite

Verhandlungen psychiatrischer Vereine.

Kleinere Mitteilungen.

Drittes Heft.

Originalien



Verhandlungen psychiatrischer Vereine.

Kleinere Mitteilungen.

Seite

Viertes Heft.

Originalien.

Verhandlungen psychiatrischer Vereine.



Kleinere Mitteilungen.

Fünftes Heft.

Originalien.

Verhandlungen psychiatrischer Vereine.



Kleinere Mitteilungen.

Sechstes Heft.

Originalien.



Seite

Verhandlungen psychiatrischer Vereine.

Kleinere Mitteilungen.



Einfluß von Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett auf den Verlauf einer vorher schon bestehenden chronischen Psychose, sowie das eigene Verhalten dieser Generationsvorgänge.

Von

Medizinalrat Prof. Dr. **P. Näcke** in Hubertusburg.

Im 50. Bande dieser Zeitschrift (1894) habe ich unter dem Titel: „Raritäten aus der Irrenanstalt" auch das oben erwähnte Kapitel berührt und fünf einschlägige Fälle mitgeteilt. Dies schien um so angezeigter zu sein, als gerade darüber nur wenig bekannt war, weil Entbindungen in der Irrenanstalt selbst selten genug sind.

Hatten wir doch damals in den 2 letzten Jahren bei einem Bestande von über 1500 geisteskranken Frauen nur drei Entbindungen erlebt [1]). Sehr viel ist dagegen über den Ausbruch von Psychosen im Anschluß an jene Generationsphasen berichtet worden. Die fünf mitgeteilten Fälle betrafen drei Paranoikerinnen (wovon zwei halluzinatorische), eine Paralytische und eine (wahrscheinlich) sekundär Schwachsinnige [2]). Bei vier Frauen war die Psychose nach einer Entbindung aufgetreten. Es zeigte sich nun, daß in allen Fällen Gravidität, Geburt und Wochenbett auf den weiteren Verlauf des chronischen Irreseins nicht den geringsten Einfluß gehabt hatten und eine ganz kurze und geringe Besserung nach der Entbindung bei der Paralytischen eine rein zufällige Remission darstellen konnte. Dies stimmt damit überein, daß auch jede akute und chronische interkurrente Krankheit oder ein anderes eingreifendes Vorkommnis im Verlaufe chronischer Geisteskrankheiten meist o h n e jeden Einfluß ist. Sehr selten sah ich hier einmal eine kurzandauernde Besse-

---

[1]) Die zwei andern mitgeteilten Fälle betrafen Frauen, die während eines Urlaubs zu Hause entbunden worden waren.

[2]) Nach der jetzigen Nomenklatur handelte es sich um drei Fälle der Dementia praecox-Gruppe, um eine halluzinatorische Paranoia und eine Paralyse.

rung[1]), nie eine Heilung, allerdings auch keine Verschlimmerung. Bei akuten Psychosen könnte dies schon eher einmal eintreten, wie scheinbar auch zuweilen nach jenen Generationsvorgängen. Ich kam zum Schlusse: „ . . . daß die Prognose durch Schwangerschaft und Geburt in chronischen Psychosen kaum alteriert wird, was die psychischen Symptome anbetrifft . .“ In vier Fällen (bei dem fünften ist hierüber nichts erwähnt) ging die Geburt des Kindes schnell vor sich und ohne alle Schmerzen. Das Wochenbett war in drei Fällen durch leichtere oder schwerere Blutungen protrahiert, und dies Moment hätte hier allein schon schädlich einwirken können. Nur in einem (dem ersten) Falle zeigte sich ferner die Mutter für das Kind gefährlich. Die Mutter ist also stets zu beaufsichtigen. „Dann aber, vorausgesetzt weiter, daß sie sonst gesund, liebevoll ist und genügend Milch hat, kann man sie ruhig das Kind anlegen lassen, da die etwaige ererbte Anlage des Kindes durch eine sonst gute Muttermilch kaum irgendwie verstärkt wird.“ Ich machte endlich auch darauf aufmerksam, daß die Beurlaubung solcher chronisch geisteskranker Frauen zu ihren Ehemännern wegen einer möglichen Schwängerung sehr vorsichtig anzuwenden sei. Beim geisteskranken Mann gilt übrigens das gleiche.

Seit jener Arbeit sind 16 Jahre vergangen. Bei der Spärlichkeit aber gerade der Krankengeschichten von chronischen Kranken — meist handelt es sich um einzelne mitgeteilte Fälle, und zwar gewöhnlich von seiten des Irrenarztes — glaubte ich eine weitere hierher gehörige Reihe von 12 Fällen aus hiesiger Anstalt bekannt geben zu müssen. Wir besitzen jetzt zwar größere Statistiken, aber akute Fälle sind darin mit chronischen gewöhnlich vereinigt und Krankengeschichten selbst fehlen oder sind nur ganz kurz skizziert.

1. K., Christiane Augustine, 1866 geb., Hausmädchen. Ein Vaterbruder Trinker. Begabt. Von 1. IX. bis 14. X. 89 wegen Schwermut behandelt, dann Juli 1890 bis März 1891 wegen Tobsucht. April bis August 1891 schwermütig, darauf vom 29. IX. 1892 bis 11. VIII. 1893 Manie. Bis Weihnachten schwermütig, dann wieder erregt. Fing Liebeleien an, wechselte Stellungen. Seit 12. III. 1894 wegen Manie untergebracht und hier seit 14. Juli 1894. War dort oft gewalttätig; schlechter Schlaf. Hier orientiert, Ideenflucht, sehr reizbar; immer anspruchvoll, sehr schwatzhaft, schimpft leicht und tobt. Unverträglich. Ende August ruhiger; im Waschhause fleißig. Den 24. Mai 1895 beurlaubt. Am 4. II. 1897

[1]) Siehe den klassischen Fall von *Näcke* und *Steinitz*: 7 Tage lang anhaltende, völlig und plötzlich nach Chloroform-Asphyxie eingetretene Aufhellung des Geistes bei einer sekundär verwirrten Geisteskranken. Der Irrenfreund, Nr. 11 und 12, 1901.



zweite Aufnahme. Kam von selbst. Gedrückte Stimmung; wenig zugänglich. 23. III. arbeitet etwas. — 23. IV. Beschäftigt sich regelmäßig mit Handarbeit. Sehr befangen, wenig zugänglich, antwortet nicht oder nur indifferent. — 5. V. Fällt seit einigen Tagen durch ihren dicken Leib auf. — 9. V. Von einem totfaulen, der Reife nahen Knaben (49 cm lang) entbunden. Matt; Kopfschmerzen. Entbindung dauerte nur fünf Minuten. Wenig Blutabgang. Kein Fieber. Kind u. Plazenta syphilitisch. Am Rumpfe hat Pat. Psoriasis luica (schon 1894 hatte sie psoriasisähnlichen Ausschlag!). — 12. V. Wochenbett glatt, keine Milchsekretion. — 14. VI. Sehr ausgebreitete Psoriasis luica, die aller Therapie trotzt, aber im Juli unter Naphthol-Schwefelsalbe allmählich zurückgeht. — 18. VII. Viel freier, fleißig, widerstrebend gegen die Einreibung. Ausschlag am 5. VIII. abgeheilt. Krankheiteinsicht. — 14. VIII. gebessert entlassen. Dritte Aufnahme vom 16. IV. 1901. Am 14. II. 1901 wegen Manie anderweit untergebracht. Noch sehr manisch erregt, anspruchvoll, orientiert, reizbar, launisch, schlägt, schlug Fensterscheiben ein. — 12. VI. Noch erregt, läppisch, kindisch; nachts unruhig. — 20. VI. Ruhiger, arbeitet. — 6. VII. Wieder lebhafter, skandaliert, prügelt, zankt. Psoriasis luica. — 19. IX. Viel ruhiger. — II. XI. 1901. Vom Anfall geheilt entlassen. — Diagnose: Manisch-depressives Irresein (zyklische Form).

2. K., Anna, Korbmacherehefrau, 1868 geboren, zugeführt am 18. April 1896. Ohne erbliche Anlage. Hat schon einmal in erster Ehe geboren; das Kind war nicht lebensfähig. Fabrikarbeiterin, gering befähigt, hat erst bei den Bauern gedient. Bis 1895 gesund. Heiratet im selben Jahre zum zweiten Male (vom ersten Manne geschieden) einen Blinden. Im Herbste ward sie lässig in der Hauswirtschaft, vergeßlich, unfähig zur Wirtschaftführung. Ging zu den Eltern zurück. Der Zustand ward schlimmer, Zunge erschwert, Gedächtnis schwächer, Gang taumelnd, Pupillendifferenz. Mitunter klagte sie und wollte zum Mann zurück. — 22. VI. von einem totfaulen Kinde entbunden. Plazenta ganz verfettet und von bindegewebigen Strängen durchzogen. — 30. VI. Wochenbett normal, ohne Fieber. — 15. VIII. Sprachstörung nimmt immer mehr zu, auch die Demenz. Apathie. — 24. X. Lippen und Zunge beben stark beim Sprechen, starke Sprachstörung. — 20. XI. Ausgedehnter, stark juckender Herpes an der unteren Bauchgegend, der Schenkelbeuge und am Rücken links (N. ileoinguinalis und hypogastricus), ohne Fieber. Die betreffenden Partien scheinbar nicht analgetisch. Schneidet vorn und hinten in der Mittellinie ab. — 20. VIII. 1897. Progressive Demenz, Apathie, öfters unrein. — 14. XI. An beiden Fußzehen, besonders rechts, feine Blutaustritte, an der linken zweiten Zehe eine wässrige Blase. 7. III. 1898. An beiden Füßen und Unterschenkeln mehrfach Blasen mit blutigem Inhalte, die zum Teil in flache Geschwüre sich verwandelten; heilten bald. Füße stark zyanotisch, immer etwas ödematös, auch Hände. 13. VIII. 1898

1*



gestorben. Diagnose: Dementia paralytica. Auch der Sektionsbefund war dafür typisch.

3. G., Ida, geb. 1880; zugeführt am 21. April 1898. Haustochter, ledig. Schwächlich, sieht wie ein Mädchen von 12 Jahren aus. Mikrokephal. Menses regelmäßig. Ohne erbliche Anlage. Sehr schlecht befähigt; 6 Jahre in einer Schwachsinnigen-Anstalt zu N. gewesen. Bösartig, jähzornig. Stets gesund gewesen. Hatte kürzlich einer Schwester eine Häkelnadel in die Brust, der Mutter eine Stricknadel in die Wade gestochen. Schlägt gleich zu, wenn ihr etwas nicht paßt. Keine Epilepsie oder Hysterie. Körperlich gesund, aber sehr zurückgeblieben. Schädelumfang 50 cm, Stirn niedrig, Hinterhaupt stark abgeflacht, Ohrläppchen angewachsen. Harter Gaumen kahnförmig. Schilddrüse sehr verkleinert. Patellarreflexe gesteigert. Gesichtsausdruck blöde, Sprache verzögert. Weiß, daß sie 6 Jahre in N. war, daß sie am 18. Sept. 1898 18 Jahre alt sein wird, nennt die vorgehaltenen Gegenstände richtig, weiß, daß heute Montag ist. Kann zählen, rechnen aber nicht: $3 \times 3 = 4$, $2 \times 2 = 4$, $5 + 6 = 7$. Lesen kann sie nicht, schreibt ihren Namen verkehrt. Strickt fleißig, verhält sich ruhig, ordentlich, freundlich. Am 1. Juli 1899 ungeheilt zu den Eltern beurlaubt. 2. Aufnahme 26. Januar 1901. Zu Hause hatte sich der Zustand verschlimmert. Hatte ihre Umgebung bedroht, gemein geschimpft. Im 6. Monat schwanger. Uterus in Nabelhöhe. Herztöne links und rechts vom Nabel deutlich hörbar. Schädelumfang der Pat. 49 cm, Gewicht 99 Pfund, Länge 142 cm. Stark verblödet, kann nicht rechnen, nicht schreiben. Freundlich, strickt. — 24. IV. Entbindung. Wegen Wehenschwäche Zange in der Narkose. Kleiner Dammriß. Wochenbett normal. Kind wohlgebildet, ausgetragen, 3940 g schwer, Knabe. Lösung der Plazenta. — 20. V. Seit einigen Tagen aufgestanden. Befinden gut, Kind gedeiht, hat 350 g zugenommen, zuerst abgenommen. — Noch da, unverändert. Diagnose: Idiotie.

4. Frau V., Auguste Emilie, 1865 geb. 6 Kinder. Aufgenommen das erstemal am 3. November 1899. 1894 als Gravida schon psychisch erkrankt, Mutter schwermütig. Leidlich befähigt, ärgert sich leicht und viel. Jetzt glaubt sie gravid zusein, doch ist kein Anhalt dafür. In letzter Zeit Streit mit dem Mann, schweifte in letzter Zeit umher. Im 15. Jahre fiel sie heftig auf Kopf und Rücken, doch ohne Folgen. Vernachlässigte seit Frühjahr ihre Wirtschaft. Wegen Tobsucht ins Krankenhaus. Untermittelgroß, grazil, orientiert, leicht erregt. Gerät leicht in Konflikt. Januar 1900 sammelt sie alles Mögliche. Unangenehm, droht, wenig zugänglich. Wird allmählich ruhiger und am 13. V. geheilt entlassen. Bis Mitte 1906 zu Hause gesund geblieben, dann verschlossen, deprimiert. Jan. 1907 Selbstmordversuch, deshalb Krankenhaus. Später (vor 3 Mon.) auffallend still zu Hause, sprach vom Sterben, verlangte Gift, versuchte dreimal sich zu entleiben. Kam wieder ins Krankenhaus, einsilbig, im 5. Monate schwanger. — Hier zum zweiten Male aufgenommen



am 26. VII. 1907. Gravider Uterus 1½ Finger unterhalb des Nabels. Nichts Abnormes am Körper. Antwortet wenig und erst nach längerer Zeit, oft nicht. Gähnt viel. Orientiert, sie sei niedergeschlagen, wisse aber nicht warum. Schulkenntnisse schlecht, Rechnen leidlich. Freundlich, oft Tränen. — 22. IX. Etwas heiterer, drängt, fleißig, spricht mehr, zeitweise vorübergehend weinerlich und mutlos. Drängt nach Hause. — 25. X. Sehr weinerlich, drängt nach Hause. — 26. XII. Entbindung. Gesunder Knabe, 9¼ Pfd. schwer, Verlauf normal. — 31. XII. Mutter, Kind wohl. — 6. I. 1908 gebessert zum Manne beurlaubt und mit dem Kinde abgeholt. — 29. X. 1908 zum dritten Male wegen Verschlechterung zugeführt. Bis vor 6 Wochen ging alles gut. Seitdem Kopfschmerzen, niedergeschlagen. Dies ward schlimmer, aber kein Selbstmordversuch. Allmählich besserte sich dieser melancholische Zustand und sie wurde am 18. I. 1909 gebessert nach Hause beurlaubt. Diagnose: manisch-depressives Irresein.

5. Frau P., Amalie Therese, geb. 1862. Aufgenommen 20. November 1900. Belastung fehlt scheinbar. Mittelbefähigt. Seit 14 Jahren verheiratet, 6 Kinder leben, 3 früh gestorben, zweimal Abort. Scheinbar öfters Ehestreit. Seit mehreren Jahren Eifersuchtregungen, geriet mit andern in Konflikt, ging öfter in die Kirche. Will jetzt das Leben genießen. Zwischendurch allerhand religiöse Ideen. Gravid. Stimmen. Erregung. — Gut genährt. Schädel asymmetrisch, 53 cm im Umfange, 165 cm groß, 127 Pfd. schwer. Gaumen- und Konjunktivalreflexe fehlen. Lungen sehr verdächtig. Meint Ende Februar niederkommen zu müssen. Gut orientiert. Ihr Mann sei untreu; sie sei „kirchlich zusammengesetzt", könne durch ihre Hände des Pastors Stube sehen, sie höre auch sachte, schimpfende Stimmen und Töne, denen sie auch antworte. Krankheiteinsicht fehlt. Blieb reizbar, halluzinierte stark; Eifersuchts- und Vergiftungsideen. Wenig zugänglich. — 7. II. 1901. Seit längerer Zeit ein Ulcus cruris (Varicen). Sehr abweisend, allerhand Wahnideen. — 20. II. Entbindung. Wehen dauerten 6¼ St. Knabe 3550 g schwer. Plazenta manuell entfernt. Keine Blutung. Wochenbett glatt. — 27. II. Etwas zugänglicher, ruhig, gibt an, sie werde dauernd durch magnetische Ströme belästigt. — 2. III. Steht auf. — 1. IV. Kind wog 5750 g. Pat. behauptet, vom Arzte öfters geschlagen zu werden. — 2. IV. Schrieb an den König um Begnadigung. Öfters sehr erregt und schimpft sinnlos. — 15. VI. Hält an ihren Ideen fest, ziemlich abweisend, fortdrängend. Auf Verlangen des Ehemannes ungeheilt entlassen. Diagnose: Dem. praec. paranoides.

6. R., Frau Anna Marie, geb. 1864, hier aufgenommen am 5. Februar 1900. Über Heredität nichts bekannt. Stets sehr gering befähigt, leicht reizbar. Verheiratet. Vor 3 Jahren mannigfache Wahnideen; Größen- und Vergiftungswahnvorstellungen verschwanden seit 1½ Jahren, dafür zeigte sich Verfolgungswahn. Tätlich gegen den Mann, im letzten



Jahre verkehrte sie geschlechtlich mit anderen Männern. Kam am 25. VIII. 1899 in eine Irrenanstalt. Dort war sie abweisend, ausgeprägt schwachsinnig, halluzinierte stark und antwortete auf Beschuldigungen; immer Wahnideen. Zweimal beurlaubt, kehrte sie wegen Halluzinationen und Wahnideen zurück. Verkannte ihren Mann und die Kinder. Im 7. bis 8. Monat schwanger; III para. — Ernährungzustand schlecht. Schädelumfang 54 cm. Blaß, eingefallene Wangen. Patellarreflexe stark gesteigert, Fundus uteri 2 Finger breit unter Rippenbogen. Nicht ganz orientiert. Gibt Visionen und Gehörstäuschungen zu. Weiterhin ruhig, sehr zurückhaltend. 28. II. Abweisend, spricht fast nichts. Vor 2 Tagen stark fortdrängend; niemand habe ein Recht sie zurückzuhalten. — 16. III. In der Nacht Wehen und früh $^3/_4$9 normal-großer Knabe geboren. Nachgeburt spontan. — 27. III. Wochenbett normal. Pat. ganz abweisend, hat noch die widrigen Gehörstäuschungen und Visionen. — 4. IV. Unverändert. Ab und zu geringe Blutung, kein Fieber. — 27. IV. Abweisend, nennt die Ärzte Schurken. Ab und zu Ödem des linken Unterschenkels ohne deutliche Ursache. Immer chronisch obstipiert. Später hin und wieder etwas arbeitend. Die Sinnestäuschungen etc. bestehen weiter. — 13. VII. Etwas zugänglicher, mitunter erregt. — 19. XI. Nachts so erregt, daß sie isoliert werden mußte. Hatte ihre Kinder schreien hören; sie sollten ermordet werden. Nachts störte sie weiter öfters. Ende April 1901 in eine andere Anstalt versetzt. Diagnose: Dementia praecox paranoides.

7. H., Marianne Luise, Kaufmannfrau. Geb. 1879, hier aufgenommen am 2. November 1901. Erblich belastet (Vater gab an, er sei periodisch verstimmt, ein Sohn desgl.), von Anfang an schwächlich, lernte mäßig, heiratete 1899. Im September entbunden; 4 Wochen darnach Erregung, Selbstmordversuche, Verarmungsideen. Nach einigen Monaten scheinbar Heilung. September 1901 wieder Versündigungs- und Verarmungswahn, wollte sich die Pulsader aufschneiden, zum Fenster hinausstürzen. Kam in eine Irrenanstalt, wo sie dieselben Ideen hatte, sich zu strangulieren suchte; gab an gravid zu sein. Anämisch. Gaumenreflex fehlt, Konjunktivalreflex herabgesetzt. Im 7. bis 8. Monat gravid. Aus den Brüsten Colostrum zu gewinnen. Gut orientiert. Niedergeschlagen, antwortet zögernd, leise, seufzt, jammert; sie habe kein Geld mehr, der Mann wolle nichts von ihr wissen, es lange nicht mehr zu usw. — 6. XI. Glaubt heute noch verbrennen zu müssen, hat keine Nerven. — 12. XI. Recht unruhig, stöhnt, jammert, möchte sterben, meint nachmittags, sie müsse ermordet werden. — 15. XI. Hört Stimmen, sie sei verdammt, sei eine Hexe, will verbrannt, gefoltert werden. Unruhig. Verkleinerungsideen. — 19. XI. Sehr unruhig, sucht mit den Händen sich die Kehle zusammenzudrücken, im Bade unterzutauchen, spuckt die eingeführte Sonde samt Bouillon aus. Sucht sich aus dem Bette zu werfen. Nachts auch unruhig, aber doch nicht so wie früher. — 11. XII. Seit kurzem etwas ruhiger, schläft besser.

Sonst die alten Wahnideen. Keine besonderen Schwangerschaftbeschwerden. — 23. XII. früh ½3 Uhr rapide Geburt eines Mädchens, direkt vorher erst Wehen. Nachgeburt folgte nach 10 Minuten. Blutung gering. Jammert nach Gift. — 26. XII. Wochenbett normal. Besuch vom Mann; sie sei eine Hexe, will Gift haben. Starke Milchschwellung der Brüste. — 28. XII. Unruhiger, jammert, sie müsse sterben, ebenso das Kind, ihr Mann und ihr Vater haben es gesagt; alles Geld sei fort usw. — 2. I. 1902. Brüste stark abgeschwollen. Sehr unruhig, jammert fort, will verbrannt sein, Gift haben usw., ihre Angehörigen wollten nichts mehr wissen von ihr usw. — Mit geringen Schwankungen weiter fort deprimiert mit den alten Ideen, oft Selbstmordideen. — 4. VII. Noch unruhiger, widerstrebender geworden. Will immer verbrannt sein. Oft ängstlich. Untätig. — 8. IX. Schwankt plötzlich im Garten. Ins Bett gebracht, gerät sie in einen Zustand von Ekstase. Mund krampfhaft geöffnet, Augen weit aufgerissen, Kopf erhoben, machte mit den Händen langsame Bewegungen. Starrte zeitweise mit verzücktem Gesichte, lispelnd: „Ich bin in Rußland, bin nicht mehr in Deutschland. Ich bin im Geschäfte." Reagierte auf keine Ansprache, auch nicht auf leichte Schläge. Pupillen weit. — 10. IX. Ähnlicher Anfall, aber nicht so stark, sagte lispelnd: „Rauch, Rauch." Erkundigte sich heute brieflich zum ersten Male mit Interesse nach den Kindern. — 21. X. Etwas ruhiger, lenkbarer, hockt weniger in einer Ecke und entblößt sich selten. Möchte fort. Ward allmählich freier, beschäftigte sich etwas, Ideen seltener und abgeblaßt. — 7. XII. Euphorisch, lacht, scherzt, tanzt bei der Visite. — 12. I. 1903. Geistig geht sie zurück. Schwatzt, euphorisch, oft kindisch. — 9. II. Sie sei eine Prinzessin, oder als eine solche erzogen. Negativistische Züge, kindliche Scherze, plötzliche kurze Erregungen, dann Apathie. — 30. IV. Sagt fortwährend mit Kehlkopfstimme unter ausdrucklosem Lächeln und eigenartig wechselnder Betonung: „Ich will nach Hause géhen und meinen Hansel séhen"; dann wieder: „Ich will nach Haúse gehen und meinen Hánsel sehen" usw. — 1. V. Theatralisch auf und ab gehend, versucht den Arzt zu umarmen, auch später so. — 2. V. Tanzt, ihre Hand dem Arzte entgegenhaltend. So abwechselnd. Im Juni wiederholt gefüttert; oft negativistisch. Nach einer Kochsalzinfusion (später noch öfter gemacht) fängt sie wieder an selbst zu essen. — 7. VIII. Auffällig wiederholt sie gewisse Silben und Worte, z. B. Spucken, Spucke. — 23. VIII. Mehr hypomanisch jetzt, mit Erotik. Sprache geziert, leicht skandierend, oft theatralisches Wesen. — 17. X. Verbigeriert sinnlos. Wird immer kindischer, impulsiver, aggressiver, zerstört Sachen, fast immer heftig, verworren. So bis heute. Diagnose: Dem. praec. catatonica (paranoides).

8. Sch., Anna Maria, verh., geb. 1875, hier aufgenommen am 1. Dezember 1902. Erbliche Belastung fehlt. Alles normal bis zur Verheiratung 1898. Jetzt im 6. Monate schwanger. Hat viermal schnell geboren, davon leben 2 Kinder. Das vorletzte Mal im Wochenbette Mastitis gehabt.

Nach der Entbindung am 1. August 1899 sah sie Gestalten, beschuldigte ihren Mann des Verkehrs mit dem Teufel, ward sehr erregt, kam in ein Stadtkrankenhaus. Dort schwatzte sie viel, Verfolgungsideen, gelegentlich aggressiv und schimpfte. Schlaf schlecht, zog sich oft aus. Freßgier. Kam in die psychiatrische Klinik nach Leipzig, am 28. August; hier war sie mutazistisch, negativistisch, bald auch kataleptisch, erst deprimiert, dann stuporös. Verfolgungs- und Vergiftungswahn, stürzte sich wiederholt plötzlich aus dem Bett, unsauber, laut. Kam nach hier. 150 cm groß, 112 Pfd. schwer. Ganz apathisch, antwortet nicht, jammert, stöhnt. Meist apathisch, widerstrebend, Abwehrbewegungen, spricht fast nichts, schlägt, kratzt, oft laut. — 10. II. 1903. Oft Konflikte, weil sie die andern reizt; nachts sehr oft störend. — 15. II. Früh 11 Uhr 25 Minuten Geburt eines Mädchens, fast ausgetragen, asphyktisch, doch wieder zum Leben gebracht. Erst ¼ Stunde vor der Geburt begannen die Wehen! Nachgeburt folgte in einiger Zeit und zeigte an der fötalen Seite derbe Schwarten, einzelne auch an der mütterlichen. Eihäute stark zerrissen. Blutverlust mäßig. Pat. hatte fast keine Schmerzen und war hinterher ganz schweigsam, leicht widerstrebend. Wochenbett normal, psychisch negativistisch. — 24. III. Sehr aufgeregt, glaubt, sie werde vom Arzte vergewaltigt. Sie blieb so unruhig, aggressiv, selten zugänglich, deutlich allmählich dementer, voller Sinnestäuschungen, unsauber, fragt nie mehr nach Heimat und Familie. Noch da. Diagnose: Dem. praec. paran.

9. Frau W., Agnes Minna, geb. 1876. Hier aufgenommen am 25. Juni 1904, verheiratet, 4 Kinder. Angeblich ohne erbliche Anlage. Alles normal. 1899 geheiratet. Hat 5 mal geboren, zuletzt am 3. Dezember 1903. Hatte selbst meist gestillt. Periode angeblich vor 4 Wochen wieder da. Schon im November 1903, also während ihrer 5. Schwangerschaft, bemerkte man, daß sie ihre Wirtschaft und Kinder vernachlässigte, wurde apathischer, ängstlicher, trübseliger. Angeblich weder Halluzinationen noch Wahn. Zeitweise impulsive Handlungen. Status: 154 cm lang, 62 kg schwer, mittelgroß, kräftig. Seltsames, fast kindisches Wesen. Antwortet langsam, weiß vieles nicht. Versuchte wiederholt zu arbeiten. Geistig weiter gehemmt, lächelt verlegen, wenn man sie anspricht. Sitzt träumerisch, schweigend da. Bisweilen plötzlich heftig. Verworrene Reden. Zeigt keinerlei Interesse, meist untätig, unsauber, zerreißt zuweilen. — 23. I. 1905. Abends ³/₄8 Uhr Mädchen geboren. — 10. II. Wochenbett gut vorüber. — 20. II. Zerreißt Jacke und Hemd, legt sich unter die Betten. — 22. II. Spricht nicht, fragt nicht nach dem Kind, sitzt träumerisch, schweigsam im Bett, antwortet nicht. Wieder Wäsche zerrissen. — 26. II. Wirft alles umher, zerreißt das Hemd. — 12. III. Ganz stumpf, fragt nie nach dem Kind, zerreißt mehr. So geht das weiter. Schlug sich und andere Ende des Jahres 1906 wiederholt, wahrscheinlich auf Grund von Sinnestäuschungen. Unsauber, stumpf, am 20. IV. 1909 nach einer andern Irrenanstalt versetzt. Diagnose: Dem. praec. catatonica.



10. Frau H., Jenny Helene, Sattlerfrau. Geb. 1869, aufgenommen am 23. Dezember 1908. Eine Schwester nervös. Pat. soll 1893 und 1904 nach Entbindung nervös und traurig gewesen sein. Gut befähigt, leicht heftig. 5 Kinder. Während der Krankheit ihres letzten Mannes, der im Dezember 1905 starb, soll sie traurig und kurze Zeit ganz irre gewesen sein. Frühjahr 1906 neben Depression Verfolgungsideen, Gesichts- und Gehörstäuschungen, deshalb Juni Aufnahme in ein Irrenhaus, von dort am 1. November gesund entlassen. Seit 21. April 1908 wieder verheiratet (zum 3. Male). Viele Sorgen mit 5 eigenen und jetzt 4 Kindern des Mannes, außerdem schwanger im 9. Monat. Angeblich nach Influenza Ende September geistig gestört. Am 13. Oktober sprach sie wirres Zeug, hielt sich für die Himmelsbraut. Am 16. X. 1908 Wiederaufnahme in der Irrenanstalt. Hier schwer erregt, verworren. Oft lachte, oft blickte sie ängstlich um sich herum, verkannte die Leute. Sie will die Welt erlösen. — Als sie nach Hubertusburg kam, blaß, leichtes Fieber, verwirrt redend, spricht vom Heiland, hat Visionen, ist sehr erregt. — 25. XII. Rechts hinten unten beginnende Pneumonie mit Fieber. — 26. XII. Ganz verworren. Nachm. ½4 durch manuellen Eingriff G e b u r t eines lebhaften K n a b e n (leichte Steißgeburt). Plazenta 2 Std. später vom Arzt entfernt, da keine Wehen kamen. Seit 4 Jahren bestand ein hinterer Prolapsus vagin., was die Geburt erschwerte. Die Entwicklung etwas erschwert, daher Eingriff. — 1. I. 1909. Pneumonie hat sich weiter ausgedehnt. Pat. ist scharf zu bewachen, da sie immer aus dem Bette will. Fragt nicht nach dem Kinde, das wohlauf ist. — 11. I. Singt, springt, schwatzt Verworrenes. Ohne Interesse für Familie. Jetzt gesund. Wird leicht heftig. — 19. II. Unruhig, heftig, zerreißt, schwatzt, singt. — 20. III. Seit 3 Tagen wie umgewandelt: klar, geordnet, freundlich, Krankheiteinsicht; meint, sie sei nervenschwach gewesen, es ist alles wie ein Traum, meint, sie habe sich für Rübezahl gehalten. Fragt mit Interesse nach den Ihrigen, besonders ihrem Letztgeborenen. — 12. IV. Fleißig, klar, ordentlich, freut sich auf baldige Entlassung. — 25. IV. Vom Anfall geheilt nach Hause entlassen. Diagnose: Manisch-depressives Irresein (resp. rezidivierende Amentia).

11. F., Selma, Fabrikarbeiterehefrau, 27 Jahre, 3 Kinder, 5 mal geboren. Nichts von erblicher Belastung bekannt. Gut befähigt. Nach dem Tode des letzten Kindes (vor etwa 6 Mon.) eigentümliches Benehmen, versorgte schlecht ihre Wirtschaft, schlaflos, ängstlich, unruhig, Stimmung wechselnd, wollte sich und die Kinder umbringen, stöhnte, jammerte; habe gesündigt. Versuchte mit dem jüngsten Kind ins Wasser zu gehen. Hörte Stimmen, die sie zum Handeln aufforderten. Hier aufgenommen am 19. Mai 1899. Gewicht 109 Pfd., 153 cm groß. Kräftig, gut genährt, Striae abdominales, Bauch aufgetrieben. Kam hier stuporös an; sprach wenig. — 24. V. Freier. — 10. VI. starke Genitalblutungen, Muttermund für einen Finger durchgängig. Uterus drei Finger unter dem Nabel. A b o r t (2. Monat); hühnereigroßes Ei, doch Fötus nicht gefunden. — 12. VI.

Ängstlich, Leibschmerzen; sie sei in einem Königschlosse. Kein Fieber. — 13. VI. Ängstlich, weint viel, traumhafter Gesichtsausdruck, antwortet fast nicht, hält den Arzt für ihren Mann, hört Stimmen. — 2. VII. Ganz gehemmt, lächelt zuweilen. Dieser stuporöse Zustand mit Stimmen hält lange an, bis etwa Ende Oktober, wo sie freier wird; hört noch Stimmen, antwortet aber mehr. War aber widerstrebend. — Am 21. Dezember ungeheilt zum Manne entlassen. — Neuaufnahme am 15. Juni 1901. Zu Hause sehr wechselnd gewesen; seit 5 Wochen wieder erregter geworden, aggressiv, sehr eifersüchtig. Hält sich für im 6. Monate schwanger, was vom Manne strikte bestritten wird, weil sie ihn seit 3/4 Jahr nicht mehr zum Beischlafe zuließ. Allerhand Sinnestäuschungen und Wahnideen. Brüste lassen Colostrum auslaufen. Uterus eine Hand breit über Nabel. Deutliche Kindesteile und kindliche Herztöne. Pat. ruhig, orientiert. Jetzt keine Sinnestäuschungen oder Wahnideen; keine Krankheiteinsicht. Antwortet gut. — 27. VII. Gebrochen, wehenartige Schmerzen, Muttermund aber verschlossen. — 8. IX. Wehen. Dauerten ziemlich lange an. Wegen Wehenschwäche Zange. Knabe, wohlgebildet. — 12. IX. Normales Wochenbett. Pat. wird apathisch, spricht fast nicht. Das Kind wurde abgeholt. — 17. X. Depression, wolle sterben; Verfolgungsideen. — 9. XII. Gehemmter. — Wird stumpfer, öfter erregt, widerstrebend, infolge von Sinnestäuschungen schlug sie los usw. Dieser erregte Zustand dauerte bis August 1904, wo Pat. schweigsamer wurde, lächelte. Sie arbeitete mehr, halluzinierte zeitweise. Im Jahre 1908 wieder erregter, gereizt, hat Sinnestäuschungen und Wahnideen, leicht aggressiv. 1909 wieder ruhiger. Diagnose: Dem. praec. paranoides.

12. Frau G., Klara, zugeführt am 17. Juli 1900, 36 Jahre alt; Vater und zwei Geschwister der Kranken waren „geringfügig" nervenkrank. Pat. litt an verschiedenen Neuralgien. Gutmütig, lernte gut. 1899 starb ihr ein Kind, danach sehr niedergeschlagen. Seit dem 5. Juni 1900 begann sie plötzlich (ohne Vorboten also) erregt zu werden, machte allerlei Verkehrtes, hatte Angst, ward verworren und gedächtnisschwach. Am 21. Juni versuchte sie sich zu ertränken, später mehrmals zum Fenster sich herauszustürzen. Hat dreimal geboren, ist im 5. Monat gravid. Schlecht genährt. 106,5 Pfd. schwer, 156 cm groß. Schlecht orientiert, wechselt in der Stimmung. Bei Beschattung ist die rechte Pupille größer als die linke, beide reagieren aber. Die Desorientiertheit blieb meist mit Schwanken bestehen, manchmal bis zum Stupor. — 31. X. Abends gegen 10 Uhr ging sie auf den Nachtstuhl und — ohne vorher Wehen gehabt zu haben — Sturzgeburt auf dem Nachtstuhl. Nabelschnur nicht zerrissen, Nachgeburt spontan. Mädchen, 4 3/4 Pfd. — Wochenbett glatt, psychisches Verhalten unverändert. — 10. XI. Steht auf. Kümmert sich nicht um das Kind, teilnahmlos, abulisch, desorientiert. — 24. XI. Ganz teilnahmlos. Weiß nichts von der stattgehabten Entbindung. — 24. I. 1901. Oft wechselnde Stimmung, abulisch, spricht spontan nicht, arbeitet nur zeitweise. — 4. V. Rechte Pupille etwas > l.,



Pupillenreaktion auf Licht beiderseits sehr träge. Gang unsicher, schwerfällig, bisweilen deutliches Häsitiren. Gedächtnis sehr schlecht. — 18. VI. Gang schwerfällig, Häsitation usw. Dämmert dahin. Sinnestäuschungen und Wahnideen fehlen. Läppisch-freundlich. Ungeheilt und harmlos entlassen. D i a g n o s e: Wahrscheinlich Paralyse.

Zur Zeit der Aufnahme, während welcher die Entbindung in der Anstalt erfolgte, standen 2 Frauen im Alter von 20 bis 25, 4 im 26. bis 30. Jahre, 1 war im 31. bis 35., 4 im 36. bis 40. Jahre und über 40 Jahre 1 Person. Die jüngste war 21, die älteste 42 Jahre alt. Die meisten (je 4) befanden sich in den Jahrgängen von 26 bis 30 und 36 bis 40 Jahren. Bei 2 Frauen handelte es sich um die 1. Entbindung, bei 3 um die 2., bei 1 um die 3. und die übrigen waren Multiparae. Sicher erblich belastet waren 5, nicht belastet ebenso viele, und bei 2 ist von Erblichkeitsverhältnissen nichts bekannt oder erwähnt. Unter den Krankheitformen war am meisten vertreten (6 Fälle) die Dementia praecox-Gruppe (4 Dem. paranoides, 2 catatonica) und dann das manisch-depressive Irresein mit 3 Fällen (von denen 1 als zirkuläre und 1 eventuell als rezidivierende Amentia zu betrachten ist). Es schlossen sich endlich 2 Fälle von Paralyse an (der eine nicht ganz sicher!) und 1 Fall von Idiotie.

Bezüglich der S c h w a n g e r s c h a f t war von auswärts nicht mitgeteilt worden, daß sie irgendwie abnorm gewesen wäre oder sich in ihren Symptomen verschlimmert hätte. In der Anstalt hat sich auch hierin keine Änderung im Verlaufe nachweisen lassen, also ebensowenig eine Besserung der Symptome als eine Verschlimmerung. Die Patientinnen kamen gewöhnlich erst in den späteren Schwangerschaftsmonaten zur Aufnahme. Einmal (Fall 11) begab sich das Merkwürdige, daß die Frau sich im 6. Monat der Gravidität befindlich erklärte, während der Mann das entschieden bestritt, da sie ihm seit ¾ Jahren den Beischlaf verweigert habe. Die W e h e n t ä t i g k e i t war meist mit blos geringen Schmerzen verbunden und eine kurz andauernde; einmal währte sie nur ¼ Stunde (Fall 7), zweimal sogar nur 5 Minuten (Fall 1 und Sturzgeburt in Fall 4). Auch die B l u t u n g dabei war gewöhnlich unbedeutend oder nur mäßig. Die G e b u r t des Kindes verlief meist glatt. Nur zweimal mußte wegen Wehenschwäche die Zange angelegt werden (Fall 3 und 12), und einmal wurde wegen Erschwerung der Entbindung durch einen hintern Prolapsus vaginae eine künstliche und leichte Steißgeburt vorgenommen.

(Fall 10). Die Nachgeburt mußte ferner zweimal wegen Verspätung gelöst werden. Zweimal wurden totfaule Kinder geboren (Fall 1 und 2), das eine fast ausgetragen, syphilitisch, wie auch die Plazenta und die Mutter mit Psoriasis luica behaftet, trotzdem sie nicht paralytisch war (Fall 1). Einmal ward das Kind asphyktisch geboren, aber zum Leben gebracht. Sonst waren die Kinder gesund, oft sehr kräftig und fast durchweg ausgetragen. Über ihr weiteres Schicksal ist leider nichts bekannt. Nur bei einer einzigen Person (Fall 1) ward ausdrücklich bemerkt, daß die Milchabsonderung fehlte, bei einer andern (Fall 7), daß starke Milchschwellung vorhanden war. Bei den übrigen ist nichts bezüglich der Milchsekretion erwähnt, doch kann man wohl annehmen, daß Milch da war, sonst würde es hervorgehoben worden sein. Wie lange die Absonderung anhielt, erfahren wir auch nicht. Als Prinzip wurde seit Jahren daran festgehalten, daß das Kind gleich nach der Geburt entfernt und nach Haus geschickt ward.

Das Wochenbett verlief ganz normal, anscheinend nicht verlängert, und insbesondere fehlte jede Fieberbewegung, bis auf eine Pneumonie (siehe unten). Daß die Mutter sich über das Neugeborne gefreut oder darum besonders gekümmert hätte, ist nirgends erwähnt, vielmehr wiederholt betont, daß sie nicht weiter darnach gefragt habe. Nur eine einzige zeigte erst späterhin Interesse für ihr Kind. Bezüglich des Wochenflusses, seiner Quantität und Qualität, findet sich keine Notiz vor. Es ist eben sehr zu bedauern, daß die Psychiater die Generationsvorgänge in ihren feineren Details meist so wenig verfolgen, wie umgekehrt auch Gynäkologen bei Entbindungen selbst von Irren auf das psychische Verhalten nur wenig achten[1]). Eine Kranke (Fall 10)

---

[1]) Das geht leider auch so bei den andern Disziplinen der Medizin. Der innere Kliniker z. B. beobachtet gewöhnlich das psychische Verhalten seiner Patienten nur sehr oberflächlich. Es ist daher etwas ganz Außergewöhnliches, daß ein Magenspezialist, Dr. *Ploenies* in Dresden, ausgezeichnete Arbeiten über die nervösen und psychotischen Symptome bei Magenkranken veröffentlicht hat, die vor ihm so gut wie nicht beachtet wurden. Dafür hat er sich aber auch früher mit Psychiatrie beschäftigt. Jeder Spezialist ist leider zu sehr geneigt, sich mehr oder minder auf die ihn besonders interessierenden Zeichen zu beschränken, und so wird manches Interessante aus andern Gebieten übersehen. Ich habe schon wiederholt darauf aufmerksam gemacht, wie vorteilhaft ein gemeinsames Arbeiten von Spezialisten

hatte kurz vor der Entbindung eine Pneumonie mit Fieber, die noch einige Zeit dauerte. Speziell bezüglich der psychischen Symptome ist zu bemerken, daß man bei chronischen Geisteskrankheiten die an sich so häufigen Schwankungen nicht ohne weiteres auf den Generationsvorgang selbst beziehen soll, sondern nur größere und auffälligere Veränderungen, die mindestens einige Zeit anhalten, um dann womöglich plötzlich umzuschlagen. So war in Fall 8, bei dem längere Zeit Erregung vorangegangen war, nach der schmerzlosen und nur ¼ Stunde dauernden Entbindung Pat. auffallend schweigsam, leicht widerstrebend geworden, um etwa 6 Wochen später wieder in den alten Erregungzustand zu verfallen. Hier ist möglicherweise — aber eben nur möglicherweise! — ein wirklicher Einfluß der Entbindung und des Wochenbetts auf den geistigen Zustand zu konstatieren. Sonst war davon nichts zu spüren, auch nicht während der Schwangerschaft. Was endlich die Ursachen der Erkrankung in unsern Fällen anbetrifft, so trat in Fall 4 der erste Krankheitanfall in der Gravidität auf, dreimal dagegen (Fall 7. 8, 10) nach der Entbindung. Aber auch hier gilt es bezüglich eines wirklichen Zusammenhangs sehr vorsichtig zu sein, wie wir bald sehen werden.

---

für beide Teile und nicht zuletzt auch für den Kranken selbst wäre. Wo es also angängig ist, sollten Spezialisten möglichst viel herangezogen werden, und in dieser Hinsicht sind gerade die psychiatrischen Kliniken gut daran. Spezielle Kenntnisse in den einzelnen Fächern kann man vom Psychiater wahrlich nicht verlangen! Mit Freuden ist es zu begrüßen, daß neuerdings an einige große Krankenanstalten noch psychiatrische Abteilungen angegliedert sind. Hier kann dann ein Spezialist jederzeit konsultiert werden und der Psychiater wiederum leicht auch den psychischen Status von akuten oder chronischen körperlich Kranken verfolgen, von dem wir z. Z. noch so wenig wissen, wenngleich einiges bei den Herz- und chronischen Lungenleiden bekannt ist. Man wundert sich mit Recht, was für interessante Sachen z. B. die Augen-, Ohren-, Frauenärzte bei systematischer Untersuchung der Irren oft genug fanden; ein wichtiges Kapitel der Zukunft verspricht insbesondere die Untersuchung des Stoffwechsels bei Geisteskranken, namentlich bez. der sog. „inneren Sekretion" zu werden, und hierzu sind vor allem Spezialisten nötig oder spezialistisch vorgebildete Psychiater. Auch die Blut- und serologischen Untersuchungen gewinnen immer mehr an Bedeutung und verlangen gleichfalls spezialistische Ausbildung.



Unsere 12 Fälle zeigen also als Resultat:

1. daß Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett auf den Verlauf der chronischen Psychosen keinen sicher nachweisbaren Einfluß hatten[1]), mit Ausnahme vielleicht von Fall 8;

2. daß die Psychose als solche auf den Verlauf der Generationsphase nicht ungünstig einwirkte;

3. daß vielmehr die Entbindungen meist schnell vor sich gingen, mit sehr geringen Schmerzen und Blutungen und gewöhnlich ohne Kunsthilfe;

4. daß das Wochenbett ganz normal verlief und

5. die Mutter sich meist um das Neugeborene nicht kümmerte.

Zu gleichen Resultaten ungefähr führte uns die erste Untersuchung, und auch die Beobachtungen der meisten Autoren stimmen damit so ziemlich überein, wie sich gleich zeigen wird.

II.

Da wir in dieser Arbeit nur die Wechselwirkung von Generationsvorgängen und chronischen Psychosen zu betrachten haben, scheiden alle akuten Geisteskrankheiten, die hier entstehen können, und alles, was damit zusammenhängt, naturgemäß aus, weshalb ich diese nur hie und da streifen kann. Ich möchte zunächst bemerken, daß wir nicht vorschnell einen Zusammenhang von einem Generationsvorgange mit akutem resp. dem Eintritt eines chronischen Irreseins (oder einer Verschlimmerung eines solchen) annehmen sollen. Es wird nämlich immer klarer, daß hier sehr häufig bloße Koinzidenz vorliegt. Man darf allerdings nicht so weit gehen,

[1]) Hierher gehört auch, daß ich schon vor langer Zeit in einer ausführlichen Arbeit: Die Menstruation und ihr Einfluß bei chronischen Psychosen (Archiv f. Psych. Bd. 28, H. 1) nachweisen konnte, wie auch die Menstruation und die chronische Psychose fast ohne Einfluß aufeinander sind. Sogar bei der akuten Psychose darf die Menstruation nicht überschätzt werden.



den Generationsphasen jede Rolle bei der Ätiologie der Psychosen abzusprechen, andererseits sie aber auch nicht übertreiben, wie es früher so gern geschah. Zu dieser Vorsicht mahnen namentlich neuere Arbeiten, besonders die von *Meyer*[1]), *Alzheimer*[2]) und *Quensel*[3]). *Alzheimer* hält den Zusammenhang von Wochenbett und Psychose für klarer als den von Schwangerschaft und Irresein; doch auch hier gilt es aufzupassen. Ich würde nur dort — natürlich bei Ausschluß jeder anderen Ätiologie — einen Zusammenhang als sicher oder wenigstens sehr wahrscheinlich annehmen, wenn bei jeder Gravidität oder bei jedem Wochenbett Irrsinn auftritt. Schon daß oft genug derselbe sich in einer Schwangerschaft usw. zeigt, in der nächsten nicht usw., spricht gegen einen häufigen Zusammenhang. Besonders aber tut dies der Umstand, den auch *Alzheimer* betont, daß im manisch-depressiven Irresein Gravidität durchaus nicht immer Anlaß zum Ausbruch einer ersten oder neuen Attacke gibt, wie auch unsere Fälle zeigen können, selbst dann nicht, wenn bei einer und derselben Person dieselbe einmal mit der Schwangerschaft zusammenfiel. Ob ferner bei absolut intaktem Gehirn eine Psychose hier entstehen kann, ist noch sehr fraglich. In mindestens der Hälfte aller Fälle liegt gewiß hereditäre Belastung vor. Eine angeborne Disposition muß man auch sonst wohl meist annehmen, so daß dann die Gravidität usw. nur als Gelegenheitsursache, als letzter Anstoß wirkt, — dies nimmt auch *Meyer* wenigstens für einen großen Teil der Fälle an — zumal fast immer, namentlich in außerehelichen Schwangerschaften, noch andere schädigende Momente bestehen, vornehmlich psychischer Art, und letztere nach *Quensel* besonders während der Laktation einwirken. *Régis*[4]) führt das Entstehen von Geisteskrankheit während des Wochenbetts und der Laktation allein auf Intoxikationen und Autointoxikationen — auch in vielen Fällen während der Schwangerschaft — zurück.

[1]) ***Meyer***: a) Die Ursachen der Geisteskrankheiten. Jena 1907. b) Psychische Störungen und Gravidität usw. Münchener med. Wochenschrift Nr. 21, 1910.

[2]) ***Alzheimer***, Über die Indikationen für eine künstliche Schwangerschaftsunterbrechung bei Geisteskranken. Münch. med. Wochenschr. 1907, Nr. 33.

[3]) ***Quensel***, Psychosen und Generationsvorgänge beim Weibe Medizin. Klinik 1907, Nr. 50.

[4]) ***Régis***, Précis de Psychiatrie. Paris 1909. 4. Auflage.

Bei diesen Fragen geht man am sichersten von normalen Verhältnissen aus. Hier unterrichtet am besten *Bischoff* [1]). Er zeigt, daß die Affekte bei Geburtsvorgängen normalerweise nicht zu pathologischer Höhe gesteigert werden, selbst nicht bei heimlich Gebärenden, und daß insbesondere zahlreiche Fälle von sog. Wut der Gebärenden zwar hochgradige, jedoch nicht pathologische Affekte sind. Daher geschieht der Kindesmord in der Mehrzahl der Fälle bei klarem Bewußtsein. Auch *Bischoff* sagt, daß man nur sehr wenig tatsächliches Material für einen Zusammenhang von Schwangerschaft und Geburt mit Geisteskrankheit besitze und dann vorwiegend bei Disponierten. Eine besondere Neigung zum Kindesmord sollen nach ihm geistesschwache ledige Erstgebärende haben. Bei Verrückten werden bisweilen Uterussymptome wahnhaft gedeutet, und das ist wichtig. Auch hat *B.* in der Irrenanstalt bei der Entbindung wiederholt relative Schmerzlosigkeit beobachtet, und die Geburt des Kindes war meist leicht. Bei solchen, die schon vor der Schwangerschaft oder während derselben geistig erkrankten, ist Abort oder Frühgeburt ohne äußern Anlaß ziemlich häufig, ebenso die Geburt toter Kinder, was wir bei unsern Fällen schon vorher bestehender chronischer Erkrankung nicht fanden [2]). Die Geburt schien nie einen Einfluß auf die Psychose selbst zu haben. Interessant ist endlich auch die Bemerkung *Bischoffs*, daß Verblödete bisweilen das Kind töten oder sich nicht darum kümmern; oft aber erwacht gleich nach der Geburt die Mutterliebe, und die Entbundene pflegt und liebkost dann das Kind.

Alzheimer hat unter den mit Gravidität komplizierten Fällen viele mit manisch-depressivem Irresein beobachtet, *Quensel* seltener. Für ersteren ist bei dieser Irreseinsform die degenerative Anlage die Hauptsache, doch könne bei einer Disponierten auch einmal eine Schwangerschaft den Anfall auslösen. Beide Autoren, wie auch *Meyer* und andere, leugnen mit Recht eine s p e z i f i s c h e Graviditätspsychose. Auch die Wochenbetts- und Laktationspsychosen weisen nichts Apartes auf. *Alzheimer* sah ferner durch die natürliche Entbindung oder künstliche Unterbrechung der Schwangerschaft bei manisch-depressivem Irresein keinen oder nur geringen Einfluß auf den Gang der Psychose. Gerade das ist für ihn ein Grund mit dafür, daß die Schwangerschaft für die Ätiologie der Psychose nur eine geringe Bedeutung besitzt, wie auch der Umstand, daß die Anfälle des Irreseins mit Gravidität nicht länger dauerten als die vorhergehenden oder folgenden o h n e Schwangerschaft. Unter 65 Kranken

---

[1]) *Bischoff*, Der Geisteszustand der Schwangeren und Gebärenden. Archiv für Kriminalanthrop. usw. 29. Bd. (1908) S. 109 ff.

[2]) Neu war mir die Behauptung von *A. Marie* (Essai d'anthropologie criminelle, in: Traité international de Psychopathologie pathologique, Paris 1910 3. Kapitel), daß Geisteskranke oft von „foetus difformes, anencéphales, ou monstres plus complexes“ entbunden würden. Es wäre interessant, dieser Sache statistisch nachzugehen.

sah *A.* auch 10 Paralytische und betont, daß bei vielen Abort oder Frühgeburt eintrat, bei andern ein lebendes, meist schwächliches Kind geboren wurde. Durch die Geburt wurden die meisten Frauen nur wenig affiziert. *A. Marie* [1]) hat zwei Paralytische entbunden und wie auch *Marchand* hierbei schnelle Geburt und Schmerzlosigkeit gesehen. *Bauer* [2]), ein Gynäkolog, erlebte 2 interessante Fälle von Entbindungen bei Paralytischen. Im 1. Falle verlief alles normal und schmerzlos, doch mußte wegen Wehenschwäche die Zange angelegt werden. Im 2. Falle ward wegen Hinfälligkeit die Geburt künstlich durch innere Wendung beschleunigt, und hier zeigte sich im Gegenteil große Schmerzempfindlichkeit, was jedenfalls eine sehr seltene Ausnahme ist. Das Wochenbett verlief normal. Analog der Paralyse konnte *Peukert* [3]) bei Tabes dorsalis normalen Geburtsverlauf bei fast absoluter oder vollständiger Schmerzlosigkeit und normales Wochenbett feststellen. Die Kinder der Tabischen entwickelten sich meist gut. Auch nach *Obersteiner* [4]) gebären paralytische Frauen schmerzlos. *Ganter* [5]) berichtet über 3 Entbindungen in der Irrenanstalt, wovon 2 Paralytische betrafen. Bei der einen traten viele paralytische Anfälle auf und in der Agone mußte der Kaiserschnitt gemacht werden.

Im allgemeinen betonen also fast alle Autoren, daß die Psychose durch den Generationsvorgang nur wenig beeinflußt, selten gebessert oder verschlechtert, kaum je geheilt wird. *Alzheimer* selbst sah nicht eine Heilung in seinen Fällen von manisch-depressivem Irresein. *Griesinger* [6]) kannte mit *Guislain* einen Fall, wo eine bestehende Geisteskrankheit jedesmal bei der Schwangerschaft zurücktrat; meist jedoch wurde das Leiden verschlimmert, was ich mit andern nicht beobachtete. Ich kannte selbst eine sehr nervöse, wohl hysterische Dame, die nur während der Schwangerschaft sich wohl fühlte, daher diesen Zustand immer anstrebte, worüber der Ehemann verzweifelt war. Nach *Bischoff* tritt nur in wenigen Fällen von Schwangerschaftspsychosen später Heilung ein, doch dann dürfte es sich wohl bloß um akute Leiden gehandelt haben, meine ich. Denn bei solchen tritt bekanntlich Heilung sogar oft ein, ja,

---

[1]) In einer Diskussion. Siehe Bulletin de la Société Clinique de Méd. mentale, No. 8, 1909, p. 281.

[2]) *Bauer*, Zwei Fälle von Dementia paralytica mit Schwangerschaft und Geburt. Münch. med. Wochenschr. 1907, S. 2037.

[3]) *Peukert*, Tabes dorsalis im Geschlechtsleben der Frau. Ref. im Neurol. Ztlbl. 1910, S. 43.

[4]) *Obersteiner*, Die progressive allgemeine Paralyse. Wien 1908.

[5]) *Ganter*, Über die Todesursachen usw. bei Geisteskranken. Allgemeine Zeitschr. f. Psych. Bd. 66, S. 46 ff.

[6]) *Griesinger*, Die Pathologie und Therapie der psychischen Krankheiten. 1867.

Clouston [1]) rechnet hier z. B. 60% Heilungen. Nach ihm, *Savage* [2]), *Quensel* usw. sind überhaupt Wochenbetts- und Laktationspsychosen viel häufiger als die der Schwangerschaft. *Quensel* rechnet fast 68% Heilungen bei allen Generationspsychosen zusammen: am ungünstigsten sei die Prognose bei Schwangerschaftspsychosen. *Savage* ist übrigens der einzige, bei dem ich eine Notiz über Milchabsonderung und Wochenfluß fand. Er sagt nämlich, daß bei Puerperalpsychosen beide Funktionen da sind, oder fehlen können, oder daß nur eine davon abgeht. *Obersteiner* bemerkt, daß bei Paralytischen „nicht selten" zu Ende der Schwangerschaft und besonders nach der Entbindung eine merkliche Remission sich zeigt. Gerade hierbei aber muß man bezüglich eines Zusammenhanges vorsichtig sein, da ja leichtere Remissionen bei dieser Krankheit sehr häufig spontan eintreten.

Am Schlusse unserer Arbeit wollen wir noch versuchen, drei wichtige Fragen der Praxis zu beantworten.

1. Soll bei einer schwangern Geisteskranken der Abortus eingeleitet werden und wann? Ich kann diese Frage hier in extenso natürlich nicht behandeln, und dies erscheint auch unnötig, da jetzt die Meinung der meisten dahin geht, daß nur in ganz großen Ausnahmen eine künstliche Frühgeburt angezeigt erscheint. Zunächst gibt es dafür strenge somatische Indikationen. Uns interessieren hier jedoch bloß etwaige psychische Indikationen. Es könnte dies z. B. einmal eintreten, wenn die psychischen Symptome im Verlaufe der Gravidität sich unheimlich steigern, namentlich heftige Erregungs- u. Angstzustände auftreten, sich sehr unangenehme Wahnvorstellungen bezüglich des künftigen Kindes einstellen oder bei melancholischen Zuständen eine hartnäckige Suizidneigung sich zeigt, welch letztere aber bei steter Überwachung kaum noch Gefahren bringt. Was aber auch hier meist gegen einen Abort spricht, ist der Umstand, daß man nie eine Gewähr dafür hat, daß darnach obige bedrohliche Symptome wesentlich nachlassen oder gar verschwinden werden. Meist bestehen sie darnach ruhig weiter, wie ja auch die natürliche Entbindung gewöhnlich ohne allen Einfluß auf die Psychose selbst ist. Außerdem ist ein solcher Eingriff, besonders in den ersten Monaten, stets ein gefährlicher, wegen leichter Infektionsmöglichkeit. Aber auch als prophylaktische Maßnahme ist

[1]) *Clouston*, Clinical lectures on Mental diseases. 3. Aufl. 1892.

[2]) *Savage*, Klinisches Lehrbuch der Geisteskrankheiten. Deutsch von Knecht, Leipzig 1887.



der Abort zu verwerfen, wenn bei einer oder mehreren früheren Schwangerschaften Irrsinn ausbrach, man also zwischen beiden einen Zusammenhang annimmt und nun den Ausbruch von Irresein bei einer spätern Schwangerschaft befürchtet. Hier ist für das Erreichen der Absicht absolut keinerlei Garantie gegeben, wie auch kaum Aussicht vorhanden, dadurch eine schon ausgebrochene Psychose etwa abzukürzen. *Alzheimer*, *Meyer*, *Quensel*, *Régis* usw. sind daher dem Abort gegenüber mehr als skeptisch und das mit vollem Recht, auch bei akuten Psychosen, doch hat *Quensel* in 2 Fällen darnach Heilung des Irrsinns gesehen (einmal Amentia, einmal Attacke einer periodischen Melancholie), wobei in dem einen ein spontaner Abort eingetreten war. Wenn also der Abort schon aus psychischen Gründen bei akuten Psychosen kaum je anzuwenden ist — sie heilen ja in mehr als in der Hälfte der Fälle von selbst, also ohne Abort — so ist es noch weniger bei chronischen der Fall. Insbesondere geben dafür weder Paralyse, noch manisch-depressives Irresein, noch Dementia praecox an sich eine Indikation ab, wie namentlich *Alzheimer* betont, der auch Epilepsie dafür nicht gelten lassen will, wohl aber schwere eklamptische Anfälle. Ich glaube jedoch, daß immer mehr sich häufende epileptische Anfälle doch eine Anzeige sein können, wie in dem interessanten Falle *Edels* [1]), wo neben schweren Krampfanfällen schwere Tobsucht ausbrach. Der Abort wurde aber nicht eingeleitet. Kastration wäre vielleicht hier indiziert gewesen, da alle drei Schwangerschaften unter so bedrohlichen Symptomen verliefen.

2. Soll man, wo ein Zusammenhang zwischen Gravidität usw. und Psychose als so gut wie gesichert angesehen wird, um weitere Erkrankung der Frau zu verhüten, statt des Aborts lieber die Sterilisation vorschlagen, hier also die doppelseitige Exzision der Eileiter? Diese Operation ist fast einfacher und sicher gefahrloser für die Frau als ein Abort und ist in Amerika gewiß jetzt schon Hunderte von Malen anstandlos gemacht worden. Dieser Vorschlag ist nicht so leichterhand abzuweisen wie der Abortus. Eine Schwangerschaft kann darnach sicher nicht mehr eintreten, eher könnte schon einmal, abgesehen von der Möglichkeit, daß doch der Zusammenhang von Gravidität und Psychose nie absolut sicher zu behaupten ist, nament-

[1]) *Edel*, Allgem. Zeitschr. f. Psych. Bd. 64, S. 998.

lich nicht, ob wieder bei der nächsten Gravidität ein Irresein auftreten würde, bei labilem Gleichgewichte des Nervensystems vielleicht gerade durch diese kleine Operation ein Anfall von Geistesstörung ausgelöst werden, wie ja dies z. B. auch *Quensel* bei dem künstlichen Abort für möglich hält. Jedenfalls würde durch Sterilisation jede Möglichkeit einer künftigen Schwangerschaft mit ihren eventuellen Gefahren ausgeschlossen, besonders aber eine mögliche Vererbung der Geisteskrankheit. Und daß letztere Gefahr eine große, wenn auch nicht sichere ist, wissen wir besonders von dem manisch-depressiven Irresein und der Dementia praecox, wo aber durchaus nicht immer, wie manche glauben, bei den Kindern später dieselbe Krankheitform auftritt. Deshalb aber, weil die Psychosen nicht immer vererbbar sind, die so oft segensreiche Operation zu unterlassen, ist, scheint mir, nicht richtig. Wir nehmen ja so manche Operation vor, die vielleicht überflüssig gewesen wäre. Wir gehen eben nach der größeren Wahrscheinlichkeit und handeln danach. Gerade in gewissen Fällen von manisch-depressivem Irresein würde ich keinen Anstand nehmen, die Sterilisation zu empfehlen, trotzdem also Anfälle dieser Krankheit auch nach der Operation erfolgen könnten, da, wie wir schon sahen, die Gravidität nur eine der Gelegenheitsursachen ist. Die Operation würde also nur der Nachkommenschaft wegen geschehen, da wir über die kurative Wirkung der Sterilisation zurzeit so gut wie nichts wissen. Ja, sie ist sogar wahrscheinlich nicht groß, wie ich früher einmal darlegte [1]), und die Psychose wird wahrscheinlich ebensowenig darnach sich bessern, wie nach Abort. Daher hat eine Sterilisation, wenn Schwangerschaft eingetreten ist, wenig Sinn. Man muß also von Fall zu Fall urteilen und einmal auch mehr im Interesse der so stark gefährdeten Nachkommenschaft handeln. Übrigens sind die nicht so seltenen Schwängerungen beurlaubter Geisteskranken gewiß öfters durch die sexuelle Begehrlichkeit der Frau im manischen Stadium be-

---

[1]) *Näcke*, Die ersten Kastrationen aus sozialem Grunde auf europäischem Boden. Neurol. Zentralbl. 1909, 1. März. Siehe ferner meine weiteren Arbeiten über Kastration: Kastration in gewissen Fällen von Geisteskrankheiten. Psych.-neurol. Wochenschr. Nr. 29, 1905 und Kastration bei gewissen Klassen von Degenerierten als ein wirksamer sozialer Schutz. Archiv f. Kriminalanthrop. usw. 1899, Bd. III.

dingt, worauf speziell *Alzheimer* aufmerksam macht. Nach der Sterilisation könnte man auch mit den Beurlaubungen liberaler sein, da dann die Gefahr einer Schwängerung wegfällt. Ich würde zu dieser Operation zunächst also nur gewisse chronische degenerative Psychosen und zwar mehr aus sozialen Gründen empfehlen, nicht akute, trotzdem auch bei diesen eine Disposition zu geistiger Erkrankung bei den Nachkommen vererbt werden könnte, doch ist die Gefahr hier eben viel geringer, als dort. Nach *Régis* sollen aber besonders die Kinder, welche nach einer Schwangerschaftspsychose geboren werden, später sehr leicht psychisch erkranken. Der einzige Autor, bei dem ich etwas über fakultative Sterilisation finde, ist *Quensel*, der im Hinblick darauf, daß *Saitz* in 1/5 aller Fälle von periodischen Psychosen bei der Frau einen Generationsvorgang unter den Ursachen antraf, ausdrücklich sagt: „Man kann in solchen Fällen wohl zur fakultativen Sterilität, aber nicht zur Schwangerschaftsunterbrechung raten."

3. Ist einer entbundenen Geisteskranken das Kind zu belassen und ist sie selbst zum Stillen anzuhalten? Schon in meiner früheren Arbeit sagte ich, daß dies bei steter Aufsicht wohl geschehen könnte, natürlich wenn die Kranke genug Milch hat, ruhig ist, Verständnis zeigt und das Kind nicht gerade haßt. Die Gefahr eines Kindesmordes ist dann sehr gering, was auch *Alzheimer* betont [1]). Für gewöhnlich wird das Kind gleich entfernt, und da es sich meist um armer Leute Kind handelt, nicht einer Amme übergeben, sondern mit Kuhmilch genährt oder gar aufgepäppelt. Das kann die Muttermilch natürlich nie ersetzen! Und daß die Milch einer sonst gesunden geisteskranken Mutter dem Kinde irgendwie schaden sollte oder umgekehrt das Stillen der Mutter, das müßte erst bewiesen werden. Ich glaube es nicht. Wo das Kind nicht angelegt werden kann, ist es am besten einem Säuglingsheim zu übergeben, das jetzt jede Großstadt besitzt.

---

[1]) *Quensel* fand in seinem Materiale allerdings fast die Hälfte selbstmordverdächtig, und die Frauen hatten zum großen Teil Selbstmordversuche unternommen. Solche sind für die Kinder sehr gefährlich. Das sind aber wohl alles akute Fälle gewesen.

Beitrag zur Kenntnis des epileptischen Irreseins.

Von

Priv.-Doz. Dr. **Otto Hinrichsen,**

II. Arzt an der psychiatrischen Klinik zu Basel.

Einleitung. — Eine gute historische Übersicht über die Entwicklung des Epilepsiebegriffes wie auch speziell unserer Kenntnis des epileptischen Irreseins im Ganzen hat *Gaupp* [18] gegeben, auf welchen ich in dieser Beziehung verweise.

Es waren zuerst vor allem französische Autoren, welche diesen Zuständen ihre Aufmerksamkeit schenkten. Von deutschen hat *Fr. Hoffmann* [25] zuerst den Ausdruck „Äquivalent der Epilepsie" gebraucht. Er sagt, man müsse die intermittierenden Geisteskrankheiten auf Epilepsie hin ansehen, namentlich diejenigen, bei denen die Anfälle kurz sind und schnell einander folgen. Auch bei *Flemming* [15] findet sich schon die Sache, wenn auch nicht das Wort, indem er schreibt: „— ein Anfall der bereits habituell gewordenen periodischen Epilepsie bleibt aus, und es tritt an seine Stelle ein Wahnsinnsparoxysmus, sei es in der Form von Melancholie oder von Manie, beide gewöhnlich von großer Praecordialangst begleitet." Noch früher hat sich *Griesinger* [21] für den Zusammenhang mancher periodischen geistigen Störungen mit den epileptischen und epileptoiden Zuständen ausgesprochen. Endlich hat *Samt* [40] eine anerkanntermaßen vorzügliche Schilderung der epileptischen Irreseinsformen geliefert.

Mich interessiert hier, da es mir auf eine genauere Symptomatologie ankommt, besonders diese grundlegende *Samt*sche Arbeit. Schon *Samt* [40] wollte in dem „Ensemble der Erscheinungen" die klinische Charakteristik dieser Geistesstörungen sehen und hat als erster, wie *Gaupp* [18] betont, eine „Epilepsie mit Bewußtsein" gelten lassen und dadurch den Begriff dieser Geisteskrankheit erheblich erweitert. Der Gesamtverlauf, betont *Samt*, müsse entscheiden, nicht dieses oder jenes Symptom. *Samt* stellt gleich an den Anfang seiner Arbeit einen Fall von epileptischem Irresein ohne sichere epileptischen Antezedentien, will besonders sagen, ohne körperliche Anfälle. Akuter Beginn, Zwangsvorstellungen, ängstliche Delirien und endlich nach dem psychischen Paroxysmus ein Angststadium,



„welches in ganz derselben Form einem gewöhnlichen epileptischen Anfall hätte folgen können", bei relativ erhaltener Luzidität charakterisieren den Fall. Er bezeichnet ihn als psychisch-epileptisches Äquivalent und betont, daß auch nicht die Spur von Ähnlichkeit mit einer Manie vorliege. Im Verlauf seiner Darstellung hebt er dann als besonders charakteristisch für das epileptische Irresein unter anderm die Einleitung des psychischen Anfalls durch intensive, anfallweise kommende Kopfschmerzen und Schwindel hervor, ferner den Verlauf in rasch aufeinanderfolgenden, relativ kurzdauernden Anfällen.

Samt bezeichnet seine weiteren, nicht in einem psychischen Paroxysmus gipfelnden Fälle ihrer längeren Dauer wegen als protrahierte Äquivalente. In einer dritten Gruppe faßt er das akute postepileptische Irresein, das unter Umständen auch moriaartige Erregung zeigt, zusammen, in einer vierten und fünften das chronisch protrahierte und das zirkuläre epileptische Irresein, von welchem er nur einen Fall gesehen hat. Er unterscheidet in der Rekapitulation am Schluß zwei Hauptgruppen: das postepileptische Irresein und die psychisch-epileptischen Äquivalente. Das erste folgt, wie sein Name besagt, in der Regel den großen epileptischen Anfällen (Krampfanfällen), nur ganz ausnahmweise den kleinen, zeigt Stuporformen zum Teil mit Verbigeration oder tritt als postepileptisches raisonnierendes Delir oder als postepileptische moriaartige Erregung auf, endlich auch in Mischform. *Samt* spricht die Mutmaßung aus, das postepileptische raisonnierende Delir, *Falrets* grand mal intellectuell, sei in vielen Fällen eine Mischform von epileptischem Irresein mit Delirium tremens. Dies das mich hier vorerst und vorwiegend Interessierende. Das Wesentliche der *Samt*schen Aufstellungen beruht in der Behauptung, daß das epileptische Irresein als solches durch seine Eigenart genügend charakterisiert sei, um von andern Irreseinsformen unterschieden zu werden. Ich halte es nun nicht für nötig, hier den Streit um die *Samt*schen Anschauungen bezw. um die Existenz einer rein psychischen Epilepsie, wie er sich in der Folge abspielte, im einzelnen zu verfolgen, sondern gehe sofort zu *Kraepelin* [28] über, welcher sich mit *Samt* im wesentlichen einverstanden erklärt, speziell sich in bezug auf das Fehlen oder Vorhandensein von epileptischen Krampfanfällen äußert: aus seinen Erfahrungen scheine ihm so viel mit Bestimmtheit hervorzugehen, daß der epileptische Krampfanfall für die Epilepsie durchaus nicht diejenige kennzeichnende Bedeutung hat, welche gewöhnlich ihm zugeschrieben wird, wenn er auch vor allem die Aufmerksamkeit auf diese Krankheit gelenkt hat. „So wenig wir berechtigt sind, aus dem Auftreten epilepsieartiger Anfälle auf das Bestehen der Krankheit Epilepsie zu schließen, so wenig kann, wie ich glaube, die Diagnose jenes Leidens durch den Umstand in Frage gestellt werden, daß keine Krampfanfälle aufgetreten sind, wenn uns zuverlässige andersartige Erscheinungen



der Epilepsie vorliegen" (*Kraepelin*). Und weiter: „Maßgebend ist für die Diagnose der Epilepsie nach meiner Ansicht demnach nicht der Nachweis einer bestimmten Art der Anfälle, auch nicht der Krampfanfälle, sondern in erster Linie das Bestehen einer selbständigen, von äußeren Einflüssen wesentlich unabhängigen Periodizität der Störungen vom ersten Beginn der Krankheit an." *Kraepelin* verlangt ferner, wenn auch nicht eine genaue Regelmäßigkeit in der Wiederkehr der Erscheinungen, so doch Anfälle aus einem bestimmten Formenkreise in einförmiger oder vielfach wechselnder Wiederholung und die klinische Übereinstimmung mit denjenigen Erscheinungen der Epilepsie, welche uns von zweifellosen Fällen des Leidens bekannt sind. Dagegen kann der Krampfanfall fehlen in jenen Fällen, in denen gleichsam sämtliche Krampfanfälle in psychische Äquivalente umgewandelt sind.

Ein Hauptgewicht wird von *Kraepelin* bei der Schilderung der Epilepsie bezw. des epileptischen Irreseins auf die charakteristischen Stimmungschwankungen der Epileptiker gelegt. Schon in ihnen äußert sich jene für die Epileptiker bezeichnende „selbständige, von äußeren Einflüssen unabhängige Periodizität". Es sind dies Gleichgewichtschwankungen ohne auffallende Bewußtseinstrübung, aber mit dem Anzeichen einer starken gemütlichen Spannung, sehr häufig in Form innerer Beängstigung, seltener als expansive und ekstatische Stimmung. Es können sich hierzu Wahnvorstellungen und Sinnestäuschungen gesellen. Zu noch ausgesprocheneren Störungen kommt es sodann bei den Dämmerzuständen. *Kraepelin* betont als mehr oder weniger ausgesprochene Grundstimmung die ängstliche oder zornige Erregung mit Neigung zu Gewalttaten bei der weiteren Form des epileptischen Delirs. Gewöhnlich ist der Kranke dabei verworren, benommen; es kommen aber auch besonnene Delirien vor. Die Erinnerung pflegt für die Zeit des Anfalles aufgehoben oder wenigstens nur summarisch zu sein.

Dieser *Samt-Kraepelin*schen Ansicht gegenüber steht die Auffassung anderer Psychiater so z. B. *Leidesdorfs* [32], welcher für die Diagnose: epileptisches Irresein verlangt, daß ätiologische Momente nachgewiesen werden, welche für das Entstehen von Epilepsie charakteristisch sind, daß dem psychischen Anfall eine wie immer geartete Aura vorhergeht, der Anfall selber stets die gleichen Symptome bietet, sich rasch entwickelt, eine bemessene Zeit dauert und plötzlich endet. Daß ferner eine mehr minder vollständige Amnesie den Anfällen folgt und diese in gewissen Zwischenräumen sich wiederholen. Gegen die *Samt-Kraepelin*sche Auffassung des epileptischen Irreseins wendet sich zum Teil auch *Raecke* [37], der zu dem Resultat kommt, nicht nur kehrten alle Einzelerscheinungen der epileptischen Verwirrtheit gelegentlich bei andern Psychosen wieder, sondern auch das Krankheitbild als Ganzes unterscheide sich mitunter in keiner Weise von einer nicht epileptischen Psychose. Weder lasse sich, wie *Kraepelin* behauptet, das ängstliche Widerstreben des Epileptikers



vom Negativismus des Katatonikers unterscheiden, noch fehle bei Epileptikern das triebhafte Handeln bzw. sei das Handeln der Epileptiker durch bestimmte wahnhafte Vorstellungen und Gefühle im Gegensatz zu dem des Katatonikers beherrscht, noch seien die triebhaften Dämmerzustände und Affektschwankungen der Epileptiker diagnostisch abgrenzbar, da die ersteren auch bei Hysterie, Alkoholismus, Neurasthenie und zirkulärem Irresein vorkämen, die zweiten, auch mit einer gewissen Periodizität, bei den meisten Schwachsinnformen, bei Neuropathen, Hysterikern und Morphinisten in Erscheinung träten. *Raecke* verlangt deshalb, es müsse in jedem Fall für ein epileptisches Irresein nachgewiesen werden, daß die betreffende Geistesstörung erstens klinisch den Charakter einer epileptischen trägt, zweitens, daß genuine Epilepsie vorliegt, wobei der Nachweis eines einzigen Anfalls nicht genügt, sondern kontinuierliche Störungen von epileptischem Charakter beobachtet sein müssen.

Samt hatte sich bei seiner Schilderung des epileptischen Irreseins auf männliche Fälle beschränkt, von der Ansicht ausgehend, das epileptische Irresein des weiblichen Geschlechts sei kein reines, sondern ein hystero-epileptisches. Gegen diese Anschauung wandte sich später *Franz Fischer* [14], der ähnliche Fälle wie *Samt* auch bei weiblichen Kranken beobachtet hat. Und auch *Greppin* [20] spricht sich dahin aus, daß nicht in allen Fällen das Bild des epileptischen Irreseins bei Frauen durch hysterische Züge getrübt sei; es liege daher kein Grund vor, „das epileptische Irresein der Frauen im Gegensatz zu demjenigen der Männer als eine eigene Form zu klassifizieren.“ *Greppin* sieht auch schon das Hauptmerkmal der Epilepsie und infolgedessen des epileptischen Irreseins „in allererster Linie in der stets nachweisbaren, mehr oder weniger häufig eintretenden kürzer oder länger dauernden Bewußtseinstörung und nicht, wie es früher behaupet wurde, in der Anwesenheit von Krampfanfällen.“ Die auf epileptischer Grundlage entstehende Bewußtseinstörung ist ferner nach ihm eine ganz charakteristische, tritt plötzlich, abrupt ein, und ihre Lösung erfolgt ebenfalls in einem ganz kurzen Zeitabschnitt.

In gewissem Sinne erweitert wurden ferner die Formen des epileptischen Irreseins, nachdem *Sommer* [43] schon ein postepileptisches halluzinatorisches Delir mit Wahnvorstellungen ausgeprägter Art beschrieben hatte, durch *Gnauck* [19], *Deiters* [9], *Buchholz* [5], *Pohl* [36]. Alle diese Autoren beschrieben wie der gleich zu erwähnende *Heinrich Hoffmann* [26] Fälle von Epilepsie mit Verrücktheit resp. Paranoia. *Gnauck* will die Verrücktheit sich auf dem Boden der durch die Epilepsie geschaffenen Disposition als selbständige Geisteskrankheit entwickeln lassen. Ähnlich *Pohl* und *Deiters*. Auch *Raecke* spricht sich auf Grund dreier Fälle für das Emporwachsen einer echten chronischen Verrücktheit auf dem Boden postepileptischer Delirien aus, sich auf *Gnauck* und *Deiters* berufend und in Gegensatz zu *Buchholz* stellend, welcher nicht, wie französische Autoren, besonders *Magnan* [33], wollten, die Paranoia als selbständige.



neben der Epilepsie hergehende Psychose ansehen, sie aber auch nicht auf die gleiche Stufe mit den uns bekannten psychischen Störungen, die wir als direkte Teilerscheinung der Epilepsie zu betrachten haben, stellen will, sondern in diesen psychotischen Erscheinungen „selbständige, krankhafte Symptomen-Komplexe“ sehen möchte, „deren Entwicklung freilich in einem gewissen Zusammenhang mit der Epilepsie steht“. Es sei in einzelnen Fällen eine krankhafte Veranlagung des Zentralnervensystems anzunehmen, welche einerseits das Auftreten der Erscheinungen der Epilepsie, anderseits die Entwicklung der Paranoia bedingt. Ähnlich in andern Fällen. An anderer Stelle tritt aber auch *Raecke* für die Möglichkeit einer Komplikation der Epilepsie durch andersartige Geistesstörungen ein, von solchen allerdings nur die Paralyse nennend.

Einen hierher gehörenden Fall hat schon *Heinrich Hoffmann* [24] geschildert, wo bei einer seit 24 Jahren kranken Epileptischen nach seltener werdenden Krampfanfällen „fixe melancholische Ideen“ auftraten: Patientin glaubte, sie habe ein Verbrechen begangen, ihre Seele sei fort. „Zuletzt gestaltete und rundete sich alles in der fixen Idee ab, Gott oder der böse Geist habe ihr das Herz aus der Brust oder die Seele aus dem Kopf genommen, welche Erzählung sie nach und nach mit allerlei Nebenumständen ausschmückte.“ Dieses Wahnsystem bestand 8 Monate unverändert (es kam dabei zu Suizidversuchen) und war noch nach etwa drei Jahren bei vermindertem Affekt nachweisbar.

In Gegensatz zu diesen Autoren stellte sich *Pericles Vejas* [51], welcher die Verrücktheit nicht als selbständige Geisteskrankheit ansehen wollte, sondern als Äußerung der Epilepsie auffaßte, als Teilerscheinung des epileptischen Irreseins. Ähnlich äußert sich *Kraepelin* [28]: in der Regel dürfte es sich bei diesen Erscheinungen um eine Art Residualwahn handeln. Er sagt in bezug auf die bei den Verstimmungen der Epileptiker auftretenden Wahnvorstellungen, wenn man wolle, könne man hier von paranoiden Zuständen sprechen; manche dieser Fälle hätten dem Krankheitbilde der akuten Paranoia mit als Grundlage dienen müssen. Ebenso spricht sich auch *Sommer* [43] in der schon angezogenen Arbeit dahin aus, daß sich im direkten Anschluß an die postparoxysmelle Benommenheit ein ausgebildetes Verfolgungswahnsystem in ein bis zwei Tagen entwickeln kann, welches aber in höchstens ein bis zwei Wochen wieder schwindet. Ebenso können aber auch depressive, expansive usw. Wahnvorstellungen auftreten. Auf diese Dinge wird später bei der Frage, ob sich andere Psychosen mit Epilepsie vergesellschaften können, zurückzukommen sein.

Was nun die Unterscheidung von prä- und postparoxysmellen Störungen, epileptischen Äquivalenten, protrahierten Äquivalenten usw., wie *Samt* sie zuerst brachte, anlangt, so sind sich alle Autoren, ich nenne nur *Kraepelin*, *Siemerling*, *Raecke*, einig, daß die Trennung keine besondere Bedeutung hat. Alle diese Formen können in einander übergehen. Es geht nur an, das epileptische Irresein, soweit das (nach *Raecke*) überhaupt



möglich, als Ganzes zu charakterisieren. Natürlich befindet man sich mit dem postepileptischem, mit dem unmittelbar an sichere epileptische Krampfanfälle sich anschließenden epileptischen Irresein auf dem sichersten Boden, weshalb auch *Sommer* [43] die Forderung stellte, man dürfe nur von solchen Fällen ausgehen, um das epileptische Irresein seiner Eigenart nach zu umgrenzen. Aber auch *Sommer* erkennt an, daß sich prae- und postepileptische Geistesstörungen und epileptische Äquivalente in ihrer Erscheinungsform nicht unterscheiden. Pflegen die postepileptischen Geistesstörungen wie die Äquivalente meist kurz zu sein und nur Stunden oder Tage zu dauern, so können sich ausnahmweise die Ausbrüche doch häufen, „so daß (*Sommer*) die einzelnen Rezidive kaum oder garnicht von einander geschieden sind: ein psychischer „Status epilepticus" von selbst wochenlanger Dauer des Deliriums mit zahlreichen Exazerbationen und Remissionen und häufigen interkurrenten Krampfanfällen."

Überhaupt sind die Erscheinungsformen des epileptischen Irreseins vielgestaltige; ob vielgestaltiger als die anderer Psychosen lasse ich dahingestellt sein. Wir wissen ja heute, daß ein Zustandbild kaum je etwas entscheidet, daß manische oder depressive Zustandbilder, auch paranoide oder katatonische bei den verschiedensten Psychosen vorkommen und irgend welche diagnostische Sicherheit stets nur aus dem ganzen Bild einer Psychose, aus ihrem ganzen klinischen Verlauf zu gewinnen ist, ein Standpunkt, der wohl als der Hauptfortschritt der neueren Psychiatrie anzusehen ist. So kann es uns auch nicht Wunder nehmen, wie bei der Katatonie oder Paralyse, so auch bei der Epilepsie auf die verschiedensten Zustandbilder zu stoßen.

Gewiß ist, wenn es sich darum handelt, das Bild einer Psychose um neue Zustandbilder zu bereichern, zu fordern, daß es sich in den angezogenen Fällen um sichere Epilepsie handelt, während man andrerseits eher berechtigt sein wird, bei unsicheren epileptischen Antezedentien dennoch die Diagnose: epileptisches Irresein zu stellen, wenn das psychotische Bild hier typisch dem einer epileptischen Psychose entspricht. Dadurch werden aber jene Fälle mit selteneren Zustandbildern nicht bedeutunglos, besonders wenn es gelingt nachzuweisen, daß dasjenige, was sie an Ungewöhnlichem zeigen, bei sicheren Fällen von epileptischem Irresein ebenfalls, wenn auch etwa nicht in so deutlicher Ausprägung, vorkommt. Nur auf diese Weise wird es möglich sein, das epileptische Irresein allmählich in allen seinen Erscheinungsformen kennen zu lernen. Schon *Deiters* [8] hat darauf aufmerksam gemacht, daß, wie einerseits das epileptische Irresein in den von *Samt* geschilderten und heute ziemlich allgemein zur Anerkennung gelangten, charakteristischen, von andern Psychosen unterschiedenen Formen verläuft, so andererseits bei notorischen Epileptikern Geistesstörungen auftreten können, welche mit andern Psychosen große Übereinstimmung zeigen. Und vorher sagte schon *Witkowski* [54], es lege zwar ein gewisses Ensemble von psychischen

Erscheinungen, das bereits durch *Falret* eine erschöpfende Charakteristik erfahren habe, die Vermutung der Epilepsie bei gewissen Fällen sehr nahe, „doch finden sich meiner Erfahrung nach fließende Übergänge zu den Delirien bei Alkoholikern, Paralytikern, Menstruierenden und ähnlichen; und endlich ist die Gestaltung der epileptischen Geistesstörung in ihren Schwankungen zwischen Stupor und Aufregung, tiefster Depression und freudigster, vollkommen maniakalischer Stimmung (auch echte Ideenflucht kommt vor) keineswegs so einheitlich, wie man sie hat darstellen wollen."

Seit *Samt* nun ist das Bild der Epilepsie nach dieser Seite hin durch die Bemühungen vor allem *Kraepelins*, *Aschaffenburgs* [1], *Gaupps* bedeutend vertieft worden. Zu erwähnen ist der Vollständigkeit halber ferner noch, daß schon *Féré* [13], später *v. Bechterew* [2] Angstanfälle beschrieben haben als freistehende epileptische Äquivalente oder als Aura vor einem Anfall, wobei nach *v. Bechterew* das Bewußtsein nicht verloren geht oder doch nur schwach getrübt erscheint. Das Angstgefühl ist dabei ein völlig unmotiviertes. *Kraepelin* [28] spricht sodann, um möglichst alles hier zu nennen, die Vermutung aus, daß die „Mania transitoria" und das von *v. Krafft-Ebing* beschriebene transitorische Irresein bei Neurasthenie ebenfalls zu den epileptischen Psychosen gehöre. Von den Formen, welche *Pilcz* [35] in seiner Monographie über die periodischen Geistesstörungen als „periodische Monomanien" bezeichnet: die Dipsomanie, die Psychopathia sexualis periodica ist wenigstens für die erstgenannte Störung durch *Gaupp* [18] neuerdings die epileptische Grundlage überzeugend nachgewiesen worden. In Bezug auf *Pilcz* [35] zweite Gruppe: die periodisch deliranten Verworrenheitzustände, das „idiopathisch-delirante Irresein" *v. Krafft-Ebings*, die „zentralen Typosen" *Kirns* [27] mit kurzen Anfällen, das délire intermittent *Taguets* [46] betont *Pilcz* selbst die weitgehende Ähnlichkeit mit den epileptischen Geistesstörungen. Er sagt, wir hätten in ihnen fließende Übergänge von den periodischen Psychoneurosen zu dem epileptischen Irresein vor uns. Ähnlich äußerte *Greppin* [20] sich schon früher, die Differenzierung der Mania transitoria, der während oder gleich nach dem Gebärakt eintretenden transitorischen Tobsucht, des idiopathischen periodischen Irreseins in Form von Delirien, des periodischen menstrualen Irreseins von den epileptischen Psychosen, ganz speziell von den psychisch-epileptischen Äquivalenten sei sehr schwierig, in vielen Fällen vielleicht unmöglich. Und *Pilcz* wiederum sagt: „Es sind einerseits die schwersten Formen der periodischen Manie nicht mehr abzugrenzen gegenüber den periodisch deliranten Verworrenheitzuständen, und zwar gilt das Gesagte nicht nur für jene periodischen Maniaci, deren einzelne Anfälle stets derart abnorm schwere Erscheinungen zeigen, für jene Grenzfälle, die je nach der Auffassung des einen oder andern Beobachters ebensogut der Manie wie den periodisch-deliranten Verworrenheitzuständen zugerechnet werden können, sondern bei ein und demselben Individuum,



das einen Schulfall von reiner periodischer Manie darstellt, kann einmal ein Anfall ganz aus dem Rahmen des bisherigen Krankheitbildes treten und unter den Erscheinungen eines schweren Deliriums verlaufen (mein Fall 17) — andrerseits ist es ein Ding der Unmöglichkeit, klinisch die periodisch deliranten Verworrenheitzustände von den Anfällen psychischer Epilepsie auseinander zu halten."

Auch in bezug auf *Pilcz*' Gruppe der „sekundär ausgelösten periodischen Psychosen" ist schon *v. Krafft-Ebing* [29] (mit *Weiss* [52] und *Svetlein* [45]) beim menstruellen Irresein dessen epileptische Natur behauptet worden.

Damit — von *Lombroso* mit seinen ins Uferlose gehenden Behauptungen glaube ich absehen zu dürfen — ist wohl alles wesentlich in Betracht kommende wenigstens genannt worden. Einiges absichtlich hier noch nicht Aufgeführte wird später zu berücksichtigen sein. Eine Übereinstimmung der Autoren ist noch keineswegs erzielt. Gegen die Anschauungen *Kraepelins*, *Aschaffenburgs*, *Gaupps* hat sich, wie bereits erwähnt, neuerdings wieder *Raecke* gewandt, der vermutet, daß schon unter den von *Samt* geschilderten Kranken sich Katatoniker befanden. Ich verfüge nun zwar nicht über eine gleiche Anzahl von Krankengeschichten wie *Raecke* und mußte mein Material auch zum Teil so nehmen, wie ich es vorfand, ohne daß in den Krankengeschichten auf alles in Betracht Kommende immer geachtet worden war, glaube aber doch bei der hervorragenden Bedeutung, welche in klinischer und forensischer Beziehung dem epileptischen Irresein zukommt, auch so eine Darstellung der einschlägigen Fragen versuchen zu dürfen und, wenn ich auch die Frage im ganzen nicht zur Entscheidung zu bringen vermag, doch im einzelnen Aufklärendes bieten zu können.

I. Sichere Fälle von epileptischem Irresein.

Ich gebe als erste Gruppe, um das epileptische Irresein an eigenem teils selbst beobachteten, teils früheren Material unserer Anstalt in seinen verschiedenen Formen zu schildern, eine Anzahl von Fällen unterschiedlicher Art. Es umfaßt diese Gruppe nur zweifellose Fälle von epileptischem Irresein. Mit ihnen ist der Kreis von Formen, welche die epileptischen Psychosen bieten können, allerdings nicht erschöpft, immerhin aber ist durch die Symptomatologie dieser Fälle doch eine kasuistische Grundlage gegeben für die folgenden Erörterungen.



In Gruppe II und III wird es sich später um Fälle handeln, bei denen es zum Teil weniger sicher ist, daß wir es bei ihnen mit epileptischem Irresein zu tun haben. In Gruppe I, wo es sich um Fälle von zweifellosem epileptischen Irresein handelt, kann ich natürlich nichts wesentlich Neues bieten, wogegen es sich später darum handeln wird, bei fehlenden oder gering ausgesprochenen epileptischen Antezedentien und einem zum Teil von dem gewöhnlichen des epileptischen Irreseins abweichenden Verlauf zu untersuchen, ob diese Fälle der zweiten und dritten Gruppe als Epilepsien anzusehen sind oder nicht.

Ich gebe als ersten meiner Fälle einen solchen von typisch postepileptischem Irresein, welcher nicht viel Besonderes bietet, diese Zustände immerhin aber gut charakterisiert. Die Diagnosen in sämtlichen von mir gebrachten Fällen bis 1904 rühren von Herrn Prof. *Wille*, die späteren von Herrn Prof. *Wolff* her.

Fall 1. Adolf H., 1856 geboren, Vater Schnapspotator, Großmutter Epileptica. Ein Bruder näßte bis zum 18. Lebensjahr das Bett. Eine Schwester litt an Krampfanfällen. Pat. selber entwickelte sich normal, lernte leicht, soll in der Kindheit ebenfalls Bettnässer gewesen sein. 1879 Heirat. 3 Kinder, die gesund sind. Pat. war schon in seinem 15. Lebensjahr geistig gestört, zeigte damals Verwirrtheit, Angst, „es kamen ihm allerhand Dinge vor". Dauer nur einige Tage. Später oft starker Schwindel. Mai 1881 nächtliche Anfälle mit leichten Zuckungen in Händen und Armen. Dauer etwa eine halbe Stunde, Bewußtsein aufgehoben, Amnesie nächsten Tages. Wiederholung in drei Nächten nacheinander. Tags darauf nur ein etwas eingenommener Kopf. Von Juni 1881 frei bis zum 11. September 1881. Zu dieser Zeit wieder die gleichen Anfälle drei Nächte lang. Tags darauf still, träumerisch, war nicht recht bei sich. Seit dem 15. September stärker verstört, Unruhe, Angst, stuporöse Zustände, Kopfweh. Steigerung bis zur Aufnahme am 21. September 1881. Potus negiert. Stat. praes.: Pupillen gleich, etwas erweitert, reagieren fast gar nicht. Tremor der Zunge und Hände. Urin o. B. Pat. ängstlich, unruhig, Bewußtsein umdunkelt. Kann nicht sitzen, will triebartig immer aufstehen. In der Nacht auf den 22. Anfall: Zuckungen im Gesicht und den Armen, Bewußtsein erloschen. Dauer etwa 1/4 Stunde, nachher Schlaf. 22. IX. Schreckhafte Halluzinationen. Für die letzten Tage Erinnerung vollkommen aufgehoben. 23. IX. Nachts unruhig. Früh unklar, Pat. sagt, er habe gehört, daß in Basel ein Irrenhaus sei; er sei aber nicht ganz verwirrt, sehe alle Personen, könne sie zählen. Im Kopf sei ihm nicht recht, könne die Gedanken nicht recht zusammenfassen. Habe nachts „Sonderbares" gehört und gesehen, womit es nicht richtig



sein könne. Wird allmählich klarer, schätzt die Zeit seines Hierseins richtig, Erinnerung für die ganze letzte Woche aber nur summarisch, für die beiden letzten Tage fast null. 24. IX. Ruhige Nacht ohne Halluzinationen und Angst. Klar. Klage über Kopfdruck. Noch etwas gehemmt. 6. X. Geheilt entlassen. Diagnose: postepileptisches Irresein.

2. Aufnahme: 6. X. bis 22. XII. 1883. In der Zwischenzeit gesund. Ein epileptischer Anfall Januar 1882. Vom 3. bis 6. IX. 1883 verschiedene Anfälle. Kommt freiwillig. Draußen keine psychischen Störungen bemerkt, nur klagte Pat. gelegentlich etwas über Schwindel. Am 11. IX. wieder Anfall: Zuckungen im Gesicht, sonderbare Bewegungen. Darnach verwirrt, aufgeregt, pfiff, sang, lachte. Stupor. 12. bis 14. X. Stupor. 15. X. Nacht unruhig. Tags in rascher Folge bald stuporös, bald singend, lachend, Possen treibend. In diesem Wechsel (bei zeitweiliger Sondenfütterung) weiter bis 4. XI. Vom 7. bis 10. XI. immer noch etwas benommen. 14. XI. Besserung. 16. XI. Herzklopfen, aufgeregte Herzaktion, starker Schweißausbruch, fühlt Krämpfe in den Gliedern, bleibt bei Bewußtsein. 18. XI. Andeutungen von Verfolgungswahn. Noch immer vermehrte Schweißsekretion. 22. XI. Ziemlich klar. 24. XI. Hypochondrische Äußerungen. 26. XI. Ängstlich-melancholische Stimmung, weint. 11. XII. Jetzt wirklich klar. 22. XII. 1883. Gebessert entlassen, doch besteht noch häsitierende Sprache, die Pupillen sind meist ungleich, der Gesichtsausdruck ist ängstlich, das Bewußtsein jedoch klar.

3. Aufnahme: 7. VI. 1885 bis 9. III. 1886. Bis vor kurzem ging es draußen gut, Pat. konnte arbeiten. Seit einigen Tagen Schlaflosigkeit, tags war Pat. still, schwatzte nachts dagegen viel, sang geistliche Lieder, wiederholte beständig, was man sprach. Dazwischen Stuporzustände. Das Ganze in rascher Folge wechselnd. Über Anfälle nichts zu erfahren. Bei der Aufnahme benommen, lacht unmotiviert, die Stimme Gottes spricht durch ihn, er ist ein großer Sünder. Nachts unruhig. 9. VI. Ruhig, erst abends Erregung, Verwirrtheit, Echolalie. Weiter erregt, lacht, pfeift, johlt, zerstört, schneidet Grimassen. Zeitweise erscheint er dazwischen klar, ist dann wieder stuporös. Impulsive Akte, Gewalttätigkeit. Zustand wechselt oft an einem Tage mehrmals: Erregung, Stupor, Ruhe mit relativer Klarheit, aber Amnesie. Nachts dann wieder mehr erregt. Peroriert wie: „Über Sie lesen, Sie hören, ja Sie brauchen nichts zu sagen, Sie können ja alles, ja, ja, es ist schon recht, aber Sie müssen nicht denken an Klavierspielen, aber ich denke, ich muß ins Irrenhaus, mein Herr, nun, was gibt es für einen Tag, wenn ich ruhig bin“ usf. 3. VII. Zwei ruhige Tage. Dann wieder gleiche Erregung mit ruhigeren Zwischenzeiten und luziden Momenten, die aber mit stark tobsüchtigen Zuständen sehr rasch wechseln. In den ruhigeren Zeiten spricht Pat. von seinen Angehörigen, ist deprimiert. 21. VII. Die



ruhigeren Zeiten halten an. 25. IX. Entschiedene Remission seit Tagen. 30. IX. Ruhig, aber noch unklar. 11. X. Geht zur Arbeit. 17. X. Deprimiert, weinerlich, Neigung zu Selbstanklagen, bringt noch ganz verworrenes, läppisches Zeug in seinen Reden zum Vorschein. Neigung zu Größenideen. 25. X. Fortschritte. Schneidet keine Grimassen mehr, in seinen Reden geordneter. Hier und da treten immer wieder Benommenheitzustände auf, auch Erregung. 4. XI. Wieder besser, besonnen, ruhig. 15. XI. Schreibt verständige Briefe. Doch im Dezember wieder stark erregt, sehr laut, verworren und nach verschiedenen Remissionen und Exazerbationen am 9. VIII. 1886 endlich in nur gebessertem Zustande entlassen. Nur bei der ersten, nicht mehr während der beiden folgenden Aufnahmen wurden epileptische Anfälle beobachtet und auch während der ersten nur ein einziger. Diagnose: postep. recidiv. Psychose. Über das spätere Schicksal des Pat. war leider nichts mehr zu erfahren.

Der Fall bietet ein typisches Bild. Es besteht starke Heredität in für Epilepsie charakteristischer Weise: Großmutter (wahrscheinlich väterlicherseits) Epileptica, Vater Potator, Bruder bis zum 18. Jahre Bettnässer, Schwester epileptisch. Pat. selbst in der Jugend Bettnässer. Schon im 15. Jahre in charakteristisch epileptischer Weise geistig gestört: Verworrenheit, Angst, Halluzinationen. Kurze Dauer: einige Tage. Ob die Störung postepileptisch oder ein psychisches Äquivalent war, bleibt unbekannt. Später nur Schwindelanfälle und starke Zahnschmerzen, die in diesem Zusammenhang doch wohl verdächtig sind. Erst Mai 1881, also im 25. Lebensjahr, werden leichte Krampfanfälle beobachtet, bie bis zum Juni wiederkehren, von da an bis zum 11. September ausbleiben, aufs neue in gleicher Weise, in drei aufeinanderfolgenden Nächten, wiederkommen, worauf sich ein typisches postepileptisches Irresein anschließt. Dauer nicht ganz einen Monat. Dann freies Intervall mit nur einem im Januar 1882 beobachteten Krampfanfall bis 3. Oktober 1883. Neue Anfälle. Pat. kommt freiwillig in die Anstalt. Hier bricht die psychische Störung aus mit gleichen, nur etwas schwereren Symptomen als bei der ersten Aufnahme. Am 11. Oktober der einzige in der Anstalt beobachtete Anfall mit nur Zuckungen im Gesicht. Darnach Erregung, Singen, Lachen, Pfeifen, Verworrenheit, interkurrente Stuporzustände. Erst später ängstlich melancholische Stimmung, hypochondrische Klagen. Am 11. Dezember klar, am 22. Dezember gebessert entlassen, aber noch Pupillen-, Fazialisdifferenz, häsitierende Sprache und ängstliches Wesen zeigend. Daheim wird Pat. gesund, arbeitet. Freies



Intervall bis Juni 1885. Dann, ohne daß klar wird, ob nach neuen Krampfanfällen oder ohne solche, nach einem Stadium erhöhter Religiosität am 7. Juni 1885 mit schon ausgebrochener geistiger Störung zum dritten Male aufgenommen. Die Symptome sind die gleichen wie bei den beiden vorangegangenen Aufnahmen. Diesmal aber längere Dauer der Störung: etwa ¾ Jahr. Erst am 9. März 1886 wird Pat. in gebessertem Zustand entlassen. Bemerkenswert ist bei der zweiten und dritten Aufnahme der rasche Wechsel zwischen Erregung, Stupor und Luzidität, den wir auch in ähnlichen, später zu schildernden Fällen wieder finden werden, und der mir speziell für die deliriösen Zustände der Epileptiker charakteristisch zu sein scheint. Erwähnenswert ist auch die bei der zweiten Aufnahme wie draußen beobachtete Echolalie, eine bei Epileptikern immerhin seltnere Erscheinung. Es kommt aber gelegentlich in Dämmerzuständen zu direkt katatonen Zustandbildern.

So bei einem andern 25. IX. bis 7. XII. 1907 und wieder 4. VI. bis 3. XII. 1908 hier aufgenommenen zweifellosen Epileptiker *Ernst. Th.* (eigene Beobachtung), der nach gehäuften Anfällen starke Erregungs- und Dämmerzustände bot. Von ihnen notiert die Krankengeschichte: „Auffallend für einen epileptischen Dämmerzustand sind die Wort- und Bewegungstereotypien, welche einen durchaus katatonischen Eindruck machten, besonders da auch starker Negativismus besteht: Widerstand gegen passive Bewegungen, Sitophobie, Harnretention, die Katheterismus erforderte." Freilich ist das nichts Unbekanntes. So sah *Chotzen* [7], der ebenfalls betont, daß Stereotypien und Verbigeration bei Epileptikern nichts Seltenes ist, es in einem Fall zu dauernden Stereotypien und Manieren kommen. Und eine ebenfalls dahin zielende Schilderung findet sich bei *Raecke* [37]. Auf das Vorkommen von katatonischem Stupor bei Epilepsie hat auch *Siemerling* [41] hingewiesen. Katatonische, stuporös-depressive, zirkuläre und paranoide Zustandsbilder sah *Daiber* [8].

Hinzuweisen ist auch noch auf die begleitenden körperlichen Erscheinungen meines Fall 1, auf die Fazialis- und Pupillendifferenz, die häsitierende Sprache, welche Symptome ebenfalls bei Epileptikern nicht gar so selten vorkommen.

Wir befinden uns bei dem Fall auf sicherem Boden. Es handelt sich um ein epileptisches Irresein. Und deshalb, weil die Epilepsie hier sicher ist, auch die Psychose alle charakteristischen Zeichen des epileptischen Irreseins bietet, diese Zustände mit keinen andern verwechselt werden können, gebe ich diesen Fall als Nr. 1. Differential-



diagnostisch käme ein alkoholisches Delir in Betracht. Potus wird jedoch in Abrede gestellt. Und wenn man auch in diesem Punkt. wie immer berechtigt, skeptisch sein wollte, so steht doch durch die Krampfanfälle die Epilepsie fest. Ferner ist sicher, daß Pat. schon im 15. Lebensjahr eine ähnliche kurzdauernde Störung durchmachte, zu einer Zeit also, für welche wir eine alkoholische Grundlage dieser Zustände wohl mit ziemlicher Sicherheit ausschließen können. Auch dieser frühe Beginn ist, wie sich uns im Fortschreiten ergeben wird. für das epileptische Irresein recht charakteristisch. Sonst ist ja zuzugeben, daß es gelegentlich schwer fallen wird, ein alkoholisches und epileptisches Delir den Zustandbildern nach zu trennen; wie denn ein großer Teil der Epileptiker zugleich auch Alkoholiker sind resp. in späterem Lebensalter werden, so daß dann unter Umständen Delir trem. und epileptisches Delir vereint auftreten. In Fällen mit früh einsetzendem Potus werden sich dann leicht deliriöse Erscheinungen epileptischer und alkoholischer Art in nicht leicht entwirrbarer Weise mischen.

Fall 2 (Eigene Beobachtung). — Frau Blanche Str., 1872 geboren. Vater Potator, „oft ganz unzurechnungfähig". Vatersmutter Potatrix, Mutter der Pat. „hysterisch", ebenso eine Schwester, welche auch an Krämpfen leiden soll. Pat. lernte in der Schule mittelmäßig. war von Charakter von jeher empfindlich, sonderbar, launisch. Als Lehrmädchen etwa mit 16 bis 17 Jahren erste epileptische Anfälle mit initialem Schrei, Sturz, Krämpfen, Bewußtlosigkeit. Jährlich etwa ein Anfall beobachtet. 1891 Heirat. Seit 1894 keine Krampfanfälle mehr, aber seitdem postmenstruelle Anfälle von periodischer Geistesstörung. Pat. wurde erregt, besonders auch sexuell erregt. wollte fort, einen andern heiraten, schrieb Liebesbriefe. Solche Zustände kehrten etwa vierteljährlich, also nicht bei jeder Regel, wieder. In einem derartigen Zustand klagte sie ihren Schwiegervater des Notzuchtversuchs an; er wurde vor Gericht freigesprochen.

Beginn der jetzigen Störung im Anschluß an die Menstruation am 28. V. 1898. Pat. fing an auszuräumen, warf Kleider auf den Mist, Geld ins Feuer, wollte alte Münzen für das Museum machen, Feuer anlegen. sah eine Menge Pfarrer mit brennenden Kerzen um sie herumlaufen, war dabei sehr reizbar, jähzornig, aß nicht, trank viel Alkohol.

1. Aufnahme 1. VI. 1898. Pat. ist etwas benommen, reagiert schwer und langsam auf Fragen, ist jedoch im ganzen orientiert, weiß, daß sie daheim „Dummheiten" gemacht hat, auch was für welche, lacht bei der Erzählung. Stat. praes.: an unterer Zungenfläche ein Defekt. Über Pupillen, Fazialis fehlen Angaben. Pat. ist merklich sexuell erregt.



9. VI. 1898. Weiß bei der klinischen Vorstellung noch über das, was sie zu Hause tat, zu berichten. Auch über ihre Gesichtstäuschungen. Sagt, es sei „wie ein halbes Träumen“ gewesen. 11. VI. Klagen über Müdigkeit. 16. VI. Interesselos, ohne Initiative, geistig torpid. 17./19. VI. Menses. Klagen über Kopfschmerzen, Krämpfe im Leib. Dabei aber ruhig und klar. 27. VI. Lachanfälle. 2. VII. 1898. Seit gestern Nachmittag verändert: traumhaftes Wesen, verstellt Sachen. Subjektiv nur Klagen über Müdigkeit. 4. VII. Entlassen. Diagnose: epileptisches Delir.

2. Aufnahme: 20. VII. 1899. Bald nach der Entlassung daheim schon wieder unruhig, sprach unaufhörlich in unzusammenhängender Weise. Ließ das Essen verbrennen, wollte nicht mehr kochen. Seit einigen Tagen krampfhaftes Lachen, wirre Reden: die Familie müsse ins Zuchthaus, sie zuerst. Gibt bei der Aufnahme alle Antworten in gedämpftem, etwas feierlichem, einförmigem Ton. 14. VIII. 1899. Sehr erregt, schimpft furchtbar. 16. VIII. Wieder ruhig. Hat wie schon bei der ersten Aufnahme immer mit ihrer Periode in ihren Reden zu tun, die wiederkommen soll. Zu dem Zweck sei sie hergekommen. 30. VIII. Sinnloses Fortdrängen. Sie müsse aufs Gericht wegen ihrer Periode. 1. IX. 1899. Unruhig. Verlangt ein Messer. Sie müsse die andern töten. 2. IX. Ruhig. Klagen über Kopfdruck. 4. IX. Wieder sehr erregt, gleiche Ideen. So im Wechsel zwischen erregten Tagen und ruhigen, an denen sie über Müdigkeit klagt, mit kindlichem Benehmen und unmotiviertem Lachen, eigentlichen Lachanfällen, auch gelegentlicher Gewalttätigkeit durch den ganzen September, hält dabei dauernd an ihren Periodenideen fest. 1. XII. 1899. „Entweder will ich die Periode oder ich gehe vors Gericht. Ich bin kein Misthaufen.“ 15. XII. Stuporzustände: liegt auf der Bank oder steht bewegunglos in der Ecke. 2. I. 1899. Gynäkologische Untersuchung stellt Gravidität im 7. Monat fest. 4. I. Stets etwas gehemmt, deprimiert. 10. I. Gleichmäßige Stimmung, ist ruhig, still. 14. I. Entlassen.

3. Aufnahme: 30. IX. 1899 bis heute. Daheim zeitweise immer erregt. Geburt verlief glatt. Seit 2 Monaten Häufung der Aufregungzustände. In der letzten Zeit mehrfache kurzdauernde epileptische Anfälle. Bei der Aufnahme ist Pat. leicht heiter erregt, gibt verworrene Antworten, ist nicht zu fixieren, lacht. Pat. erscheint gegen früher erheblich verblödet. 7. X. 1899. Kurzdauernder epileptischer Anfall. Den Tag drauf benommen. VII. 1900. Verblödung stetig fortschreitend. Pat. ist oft roh und gewalttätig. Seitdem nun ist Pat. in unserer Anstalt und bietet außer zeitweisen kurzdauernden, ganz den brutalen epileptischen Charakter tragenden Erregungzuständen nichts Besonderes mehr. Krampfanfälle sind in den folgenden Jahren bis heute nicht mehr beobachtet worden. Diagnose: Dementia epileptica.

Der Fall ist jetzt über 10 Jahre beobachtet. Wir haben die für Epileptiker charakteristische Belastung von seiten beider Erzeuger



durch Potus. Bei der von jeher sonderbaren Pat. werden mit etwa 17 Jahren die ersten epileptischen Anfälle bemerkt. Drei Jahre nach der Heirat, von 1894 an, sistieren die Anfälle. Es treten dafür kurz dauernde postmenstruelle Anfälle von geistiger Störung auf in etwa dreimonatlichem Turnus. In einem solchen Zustand beschuldigt Pat. ihren Schwiegervater eines Notzuchtversuches. Auch bei der Aufnahme hier Juni 1898 tritt diese jedesmalige sexuelle Erregung deutlich in Erscheinung. Typisch epileptische Halluzinationen: Pfarrer mit brennenden Kerzen werden gesehen. Auch besteht Neigung zum Feueranlegen. Zweite Aufnahme Juli 1899 mit dem gleichen Zustandbild: Erregung, Verworrenheit. Jetzt auch paranoide Elemente. Die tatsächlich gravide Pat. redet beständig von ihrer Periode, will ihretwegen aufs Gericht. Und zwar bestehen diese Ideen 1/2 Jahr lang. Zwei Monate vor der letzten Aufnahme hier Oktober 1899 draußen neuerliche Häufung der Aufregungzustände. Am 7. September 1899 der einzige in der Anstalt beobachtete Krampfanfall. Pat. verblödet rasch. Seitdem, also in nächstens 10 Jahren, ist nie mehr ein Anfall beobachtet worden.

Fall 3. — Carl Christoph Gr., 1830 geboren. 18. VI. bis 20. X. 1879 und 1. XI. 1886 bis 24. IX. 1896 in der Anstalt. Vater und Mutter an Schlaganfällen gestorben. Über Potus nichts angegeben. Bruder epileptisch, angeblich ebenfalls an Schlaganfall gestorben, Potator. Pat. war bis zum 16. Jahr skrophulös, von dieser Zeit an gesund. Im 20. Jahr stellte sich Angst und Schwindelanfälle (petit mal) ein. Mit dem 30. Jahr begann Pat. zu trinken: seitdem ausgebildete Krampfanfälle. Nie Delirium tremens. Angeblich nicht alkoholintolerant. Mit 43 Jahren wegen Trunksucht bevogtet, 45 Jahre alt (unbekannt weshalb) mit 1/2 Jahr Zuchthaus bestraft. Krampfanfälle, wie es scheint, immer in längeren Intervallen. Bei der Aufnahme hier Fazialis- und Pupillendifferenz. Linker Arm kleiner als rechter. Pat. ist bei der Aufnahme luzid, orientiert. Gedächtnis für Gegenwärtiges und Vergangenes sehr gut. Kommt aus dem Baseler Pfrundhaus. 25. VI. 1879. Nachts Krampfanfall mit Zungenbiß. Oft Klage über Kopfschmerz. 3. VII. bis 7. IX. vorübergehend entlassen, machte sich in der Pfrund aber durch sein querulierendes Wesen wieder unmöglich. Zeigt hier die gleiche Art. 20. X. 1879 in die Irrenanstalt St. Urban (Kt. Luzern) entlassen. Von dort aus 1. VI. 1886 aufs neue hier aufgenommen. Seltene Anfälle. Immer das gleiche querulierende Wesen. Pat. schimpft, streitet, intriguiert, verläumdet beständig. 24. IX. 1896 Exitus. Weder aus der Krankengeschichte noch dem dürftigen Sektionsprotokoll läßt sich eine sichere Todesursache eruieren. Diagnose: Querulantenwahn, Epilepsie.



Bemerkenswert an dem Fall sind vorwiegend die von dem Pat. in großer Anzahl verfaßten Schriftstücke mit querulierendem Inhalt, teils in der gewöhnlichen Handschrift des Pat. geschrieben, zum größten Teil jedoch in einer mühsam herzustellenden Druckschrift (Antiqua). So ein 70 engbeschriebene Seiten umfassendes Heft, betitelt: „Erinnerungen von Carl Gr. aus dem Basler Irrenhause vom 1. November 1886 an". Diese Schriftstücke beschäftigen sich alle mit Anstaltereignissen, besonders Klagen des Pat. über Wartpersonal und Mitkranke, und zeigen in ihrer minutiösen, in Nebensächlichkeiten sich verlierenden Ausführung die typische Umständlichkeit des Epileptikers. Im einzelnen klar und zusammenhängend, sind sie im ganzen ziellos, bzw. haben nur den einzigen Zweck, fortlaufend zu querulieren, und erinnern in dieser Hinsicht an die bekannten Elaborate anderer schreibseliger Schwachsinniger. Ich gebe hier nur das Inhaltverzeichnis des erwähnten Heftes sowie die erste halbe Seite.

Inhaltverzeichnis	Seite
Schreiben an Herrn Rud. K. Maschinist	1
Anmerkungen zu solchen	2
Arbeitsverzeichnis	3
Brief an Herrn Prof. Dr. L. W., Direktor	3. 30. 33
Schreiben an Herrn Dr. S. W.	4
Memorandum	5
Erinnerungen ans Irrenhaus	7
Direktors Art, Gefälligkeiten zu vergelten	13
C. S. Seite 2. 5. 10. 11. 12. 15. 18. 27—29. 31. 33. 35. 39 40. 45. 49. 50. 55. 56. 60. 61. 68.	
Hinfortige Untauglichkeit zum Kopieren von Musikalien	20.—30. 62

Seite 1: Herrn Rudolf K., Maschinist der Irrenanstalt Basel.

Der Bosheit mehrerer Patienten, welche täglich das uns bestimmte Blatt einstecken und den Andern vorenthalten, die Spitze abzubrechen, schlage Ihnen folgendes vor.

Gegen tägliche leihweise Überlassung Ihrer „Nationalzeitung" auf höchstens 3 Stunden, deren zwei Beiblätter auf einen Tag und die Erlaubnis, den wöchentlich einmal erscheinenden Auszug aus den Witzblättern herauszuschneiden, würde ich Ihre Schreibereien, Rechnungen usw. aufs genaueste unter Verschwiegenheit besorgen.

Hierdurch fielen also das bekannte Tränken und Füllen, welche Ihnen höheren Orts einmal ernste Verlegenheiten zuziehen müßten, dahin.

Achtungsvoll und ergeben.

Pav. C., 21. September 1893.

Herrn Rudolf Kr., Maschinist der Irrenanstalt Basel.



Zu zwei solchen Billets folgt dann eine Seite Anmerkungen und so durch das ganze 70 Seiten lange in Druckschrift kalligraphierte Heft hindurch.

Über Potus der Eltern ist in Fall 3 nichts bekannt, aber ein Bruder ist Potator und Epileptiker. Bei dem Pat. traten angeblich erst im 20. Jahre Schwindelanfälle ein. Mit dem 30. Jahr soll Pat. zu trinken begonnen haben, und erst seitdem wurden ausgebildete epileptische Krampfanfälle beobachtet, von denen auch einer hier in der Anstalt bald nach dem Eintritt zur Beobachtung gelangte, und die auch später, wenn auch selten, sich wiederholten. Die Epilepsie ist also auch hier zweifellos. Dabei ist aber das psychische Bild, das Pat. bietet, kein ganz gewöhnliches, es nähert sich den Fällen von *Gnauck*, *Vejas*, *Buchholz* usw., immerhin mit Abweichungen, denn eigentliche Wahnideen oder gar Ausbildung eines Wahnsystems wurde bei dem Pat. nicht beobachtet, sondern nur ein chronisch querulierendes Wesen. Derartiges liegt ja nun dem epileptischen Charakter sehr nahe; immerhin aber ist die gewöhnliche Art des Epileptikers mit seiner Unverträglichkeit, Reizbarkeit usw. eine etwas andre. Es kommt bei dem Epileptiker wohl nur selten zu einem so systematischen, andauernden Querulieren mit mühsamer schriftlicher Fixierung der Klagen wie bei diesem Pat., der mit bewundernswerter Geduld seine unzähligen Schriftstücke kalligraphiert. Charakteristisch aber wieder für den Epileptiker ist die Umständlichkeit seiner Aufzeichnungen, von denen die hier mitgeteilte Probe nur ein schwaches Bild liefert, die Erwähnung aller beiläufigen Einzelheiten, die Anmerkungen, die genaue, meistens aber sachlich vollkommen belanglose Datierung usf. Seine Schriftstücke bieten ein ganz ähnliches Bild wie die von *Sommer* und *Kraepelin* mitgeteilten schriftlichen Äußerungen von Epileptikern. Bis zu seinem Tode bleibt Pat. stets der gleiche. Aufregungszustände, einzelne aggressive Akte kommen vor, aber weder tritt hochgradige Verblödung ein, noch kommt es nach den seltenen Krampfanfällen oder interkurrent zu charakteristischen Verworrenheitzuständen mit Halluzinationen, Angst usw., sondern Pat. bleibt immer der gleiche etwas schwachsinnig querulierende, aber stets luzide und seiner Schreiblust mit einer gewissen Ausdrucksgeschicklichkeit fröhnende Kranke, ein Zustandbild, das, mag es in dieser Ausbildung auch selten sein, doch so eng mit der epileptischen Anlage des Pat.



mir verbunden scheint, daß ich keinen Grund sehe, es von der Epilepsie zu trennen und eine neben ihr bestehende Paranoia querulatoria anzunehmen. Akute Paranoia als Zustandbild bei Epilepsie hat neuerdings auch *Thomsen*[48] erwähnt.

Fall 4. — Heinrich Tu., 1864 geboren, 26. Oktober 1895 aufgenommen. Ob Vater Trinker, nicht bekannt. Mutter einmal „im Kopf nicht recht gewesen", war eine aufbrausende, jähzornige Frau. Schwester war eine Puella publica. Pat. soll in der Schule gut gelernt haben. Im 12. Jahr Sturz über einen Felsen mit Bewußtlosigkeit, Blut aus dem Munde. Keine äußere Verletzung, konnte nach Hause gehen. Gutmütiger Charakter, aber leicht aufbrausend und jähzornig, bald beruhigt, schimpfte in der Erregung und wollte nachher sich an das, was er gesagt hatte, nicht mehr erinnern. Später nach der Verheiratung klagte Pat. oft über Schwindel; die Frau sah nichts davon. Einmal verließ er ohne Ankündigung seinen Wohnort bei Basel, schrieb erst vier Wochen später von Winterthur, es sei ihm daheim verleidet gewesen. In W. unsolid, krank. Erst nach 1/4 Jahr folgte ihm die Frau nach. In W. klagte Pat. viel über Kopfschmerz und Schwindel. Von dort eines Tages wieder plötzlich fort, in die Basler Gegend zurück. Juni 1895 wegen heftiger Kopfschmerzen acht Tage zu Bett, ging oft vor Schmerz schreiend im Zimmer umher. Noch wochenlang anhaltendes leichteres Kopfweh. Samstag vor Ostern arbeitete er Tag und Nacht bis Sonntag früh, ging nachmittags nach Lörrach bei Basel, traf eine Frau, versprach ihr die Ehe, borgte ihr 70 Fr. ab unter falschem Namen, blieb 3 Tage mit ihr zusammen, verließ sie heimlich und kehrte an seinen Arbeitort zurück, wo er wegen einer andern gleich zu erwähnenden Sache verhaftet wurde. Seit April 1895 schon war Pat. empfindlicher, schlief schlecht, schrak nachts auf, lief aufgeregt im Zimmer umher. Ein einziges Mal näßte er in dieser Zeit das Bett.

Wird 26. IX. 1895 von der Polizei gebracht. Ist orientiert, klar. Ist beschuldigt, eine größere Anzahl von Droschkenkutschern in der Weise beschwindelt zu haben, daß er sich von ihnen in der Stadt und deren Umgebung umherfahren ließ und nachher nicht zahlte. Pat. gibt bei der Aufnahme an, daß er in letzter Zeit viel getrunken habe. Nacht auf 27. IX. ruhig, aber Pat. hatte Angst: 3 Personen zogen ihm nachts die Decke weg. 29. IX. Sah nachts wieder Männer. Pat. gibt an, wie er einmal von Winterthur weggereist sei, sei er erst in Mühlhausen im Elsaß zu sich gekommen, als ein Bekannter ihn auf der Straße angeredet habe. Wie er von W. nach M. gekommen, wisse er nicht. Auch habe er oft Schwindel, das Gefühl, als wenn er betrunken wäre, alles geht mit ihm ringsum, bekommt Ohrensausen, plötzlich weiß er nichts mehr von sich. Abends Klagen über Schwindel. 30. IX. Will sich nur an eine Droschkenfahrt erinnern, nicht an alle andern, leugnet die Betrugsabsicht.



31. X. Kopfdruck. Nachmittags sonderbares Benehmen, staunt vor sich hin, es sei ihm „gespäßig“. 1. XI. Kroch nachts unters Bett, erzählte, er habe jemandem seine Pelzkappe geliehen, der sei ihm davon gesprungen. Will sich früh an diese Vorgänge nicht erinnern. Geht zur Arbeit hinaus, fühlt sich völlig wohl. 4. XI. Hört viel seine Frau rufen. 9. XI. Will sich nicht mehr in bezug auf die klinische Vorstellung vom 7. erinnern, wann sie war, ob vor- oder nachmittags. 12. XI. Nachts unruhig, steht auf, legt sich in ein fremdes Bett, ist ängstlich, zittert, sagt dem Wärter, er solle das Messer weglegen. Nachher Schlaf. Undeutliche Erinnerung am Morgen. Wohlbefinden. 17. XI. Sehr gereizt. Klagt hier und da immer über Kopfschmerzen. 25. XI. Augenärztliche Untersuchung. Diagnose: Glaukom. 26. XI. keine Stimmen mehr. 27. XI. Von der Polizei abgeholt. Auf Gutachten, das periodische Anfälle von Bewußtlosigkeit konstatiert, frei gesprochen. 2. XII. Wiedergebracht. Kopfschmerzen, Schwindel persistieren. Pat. staunt viel. 11. XII. Sehr gereizte Stimmung. 2. I. 1896. Nach Königsfelden (aargauische Anstalt) übergeführt. Diagnose: epileptische Psychose, Epilepsia ambulatoria. 8. VII., ohne daß Erwähnenswertes vorgegangen, aus Königsfelden entwichen und nachträglich entlassen.

Simulation erscheint mir bei Tu. ausgeschlossen. Liegen auch keine ausgesprochenen epileptischen Anfälle vor, so doch Schwindelgefühl und anfallweise auftretende Kopfschmerzen. Einmal liegt Pat. wegen solcher Kopfschmerzen acht Tage zu Bett. Nach augenärztlicher Diagnose litt Pat. an Glaukom; man könnte also die Kopfschmerzen auf das Augenleiden zurückführen wollen. Wenn man aber das ganze Bild berücksichtigt: die Angstzustände, die Bewußtseinsverluste resp. Dämmerzustände, die Pat. nicht nur draußen, sondern auch in der Anstalt bot und in einer Weise, die Simulation wohl ausschließt (in der Nacht auf den 1. und dann wieder den 12. November 1895), mit darauf folgender totaler oder doch weitgehender Amnesie, die unsinnigen Droschkenfahrten (NB. eines Arbeiters, Eisendrehers!), die unmotivierten Entweichungen, daß er sich, von Winterthur fortreisend, erst in Mühlhausen wiederfindet, sein in der Anstalt beobachtetes „Staunen“, die Halluzinationen, so wird man nicht zweifeln können, daß wir es auch in Fall 4 mit einem Epileptiker zu tun haben. Nicht alles ist genügend aufgeklärt, so die mysteriöse Geschichte mit der Frau, welcher er unter falschem Namen die Ehe verspricht und ihr 70 Fr. abschwindelt und andres. Nicht ausgeschlossen ist (Sturz über einen

Felsen im 12. Jahr), daß die epileptischen Störungen bei Tu. traumatischen Ursprungs sein können. Auch in bezug auf die Droschkenfahrten ist nicht alles klar. Sie bestanden, wie aus den Untersuchungsakten hervorgeht, in mehrfachen zwecklosen Fahrten am gleichen Tage und mit zum Teil denselben Kutschern, und zwar wissen die Akten nur von solchen Fahrten am 2. August und wieder am 7. Oktober. Es scheinen aber auch noch weitere vorgekommen zu sein. Im Verhör am 14. Oktober gab Pat. zu, die Fahrten ausgeführt und nicht bezahlt zu haben, im Widerspruch zu seiner Aussage hier, wo er sich nur an eine solche Fahrt erinnern wollte. Er gab im Verhör an: „Was mich dazu bewog, weiß ich nicht. Ich bekomme von Zeit zu Zeit so Anfälle. Es wird mir ganz neblig und schwindlig, und dann weiß ich nicht mehr, was ich mache. Ich bilde mir jeweilen ein, ich sei etwas Höheres.“ Also auch hier die von *Samt* für das epileptische Irresein für pathognomisch erklärten Größenideen, allerdings ohne nachgewiesene Verbindung mit ängstlichen Delirien. Dagegen traten solche in der Anstalt in typischer Weise abrupt, plötzlich und kurzdauernd auf, ohne daß in der Krankengeschichte etwas auf dabei zutage tretende Angst hinweist. Am nächsten Tag ist Pat. dann völlig wieder wohl. Also auch hier etwas ähnliches wie in Fall 1, ein rascher Wechsel der Erscheinungen, Erscheinungen überhaupt von einer gewissen Flüchtigkeit, obwohl heftig, anfallweise auftretend und schnell wieder schwindend, ohne daß es bei Tu. zu stärkerer und besonders anhaltender Erregung und Stuporzuständen kommt. Ist in bezug auf den Fall, gerade auch in Beziehung auf die Amnesien nicht alles aufgeklärt, dürfte die Diagnose doch sicher sein.

Fall 5 (Eigene Beobachtung). — Gottlieb M., stud. phil., 1868 geboren. 1. IX. bis 8. IX. 1897 und 11. X. bis 16. XI. 1898 in der Friedmatt. Eltern nervös. Pat. 8-Monatkind, an seinem Aufkommen wurde gezweifelt, erhielt die Nottaufe. Als kleines Kind sehr schwächlich, später normale körperliche und geistige Entwicklung. Pat. sagt von sich selbst: kein Wunderkind, Mittelschüler. Hielt als Kind sich gern allein oder mit seinen Geschwistern, nicht mit den Schulkameraden, las früh schon viel, ebenso später. Geschlechtslust früh erwacht. Onanie, doch nicht exzessiv, bis zum etwa 18. Jahre, von da an normaler Geschlechtsverkehr. 1894 Gonorrhoe, Hodenentzündung. Keine Lues. Studiert an verschiedenen Orten Naturwissenschaft, reges geistiges Interesse, betätigte sich auch literarisch. VI. 1894 Anfall von geistiger Störung: Heftiges Angstgefühl, Schlaflosigkeit, starke Gehörshalluzi-

nationen unangenehmen Inhalts. Nach Bromidia Aufhören des Anfalls nach 3 Tagen. III. 1897 2. Anfall: Aufregung, lebhaftes Angstgefühl, keine Gehörshalluzinationen. Sulfonal, Brom; Aufhören nach wieder 3 Tagen mit depressivem Nachstadium. VI. 1897 3. Anfall: Angstgefühl, große Erregung, schwache Gehörshalluzinationen Damals 3. bis 7. VI. im hiesigen Bürgerspital verpflegt. In den freien Intervallen ganz wohl, arbeitlustig, gut aufgelegt. Von epileptischen oder Schwindelanfällen will Pat. nichts wissen. In den Krankheitsperioden aber Schwindelgefühl. Fiel nie um, setzte sich, wenn der Schwindel kam. Will in Alcoholicis im allgemeinen nicht stark exzediert haben. Nach Äußerungen seiner Kostfrau hier in bezug auf Wäsche und Kleidung sehr unordentlich, trug oft wochenlang die gleiche Wäsche. 28. VIII. 1897 noch vollkommen wohl. Spazierfahrt. Gut aufgelegt. Abends Theaterbesuch. Nacht 28./29. VIII. schlaflos. Am Nachmittag des 29. Aufregung, peinliches Angstgefühl. Um sich aus dieser unangenehmen Situation zu befreien, begann Pat. stark zu trinken. Unruhiger, unerquicklicher Schlaf. Beim Erwachen am 30. Kater, starkes Angstgefühl, Erregung. Am 31. abends wieder stark getrunken, wie vorher Wein und Bier durcheinander mit gleichem Resultat: schlechtem Schlaf, Kater, Angst, Aufregung am 1. IX. und peinigenden Gehörshalluzinationen während des ganzen Tages. Hörte keine deutlichen Stimmen; es ging alles zu wirr und stürmisch durcheinander. Trank weiter, ohne Beruhigung zu finden, kam abends um 5 Uhr angetrunken, stark nach Alkohol riechend, mit stark gerötetem Gesicht selbst in die Anstalt, um hier Schutz und Ruhe zu suchen. Hier wortkarg, mißtrauisch, möchte ins Bett, ein Schlafmittel. Es sei schrecklich, was er in den letzten Tagen und Nächten ausgestanden. Schieße sich eine Kugel in den Kopf, wenn es so weitergehe. Auf Bromidia ruhiger, gesprächiger, zuversichtlicher. 2. IX. Nachts trotz der Bromidia schlaflos gewesen. Früh weniger ängstlich und verzagt. Kopfweh. Will nachts Gehörshalluzinationen gehabt haben, doch kann Pat. nicht angeben, was er gehört hat. Stat. praes.: Fazialis und Pupillen o. B. Gesichtzüge leidend. Zunge ohne auffallenden Tremor, dagegen an den Rändern mit zahlreichen Narben besetzt. Pat. will nie epileptische Anfälle gehabt haben. Reflexe o. B. Urin o. B. 3. IX. Schlief auf Chloral 2 + Brom 1, später noch einmal Chloral 1 fast die ganze Nacht, will aber viel aufregende Träume, auch Gesichtshalluzinationen gehabt haben. Am Tag Aufregung, Angst, Kopfweh geringer. Freundlich, liest die Zeitung. 4. IX. Mit Chloral 3,0 gut und erquickend geschlafen. Kopfweh, Angst verschwunden. 5. IX. Mit Chloral 2.0 gut geschlafen. 6. IX. Ebenso mit Chloral 1.0. Fühlt sich völlig beschwerdefrei. 8. IX. Entlassen.

2. Aufnahme: Nach Entlassung solid, fleißig. Mitte Januar Anfall von heftigen Kopfschmerzen von etwa 8tägiger Dauer, lag während der Zeit zu Bett, arbeitete nicht. Dann



wieder völlig wohl bis Anfang September. Damals begann Pat. übermäßig zu trinken, mußte nachts häufig nach Hause gebracht werden in total betrunkenem Zustande. Kam oft, nachdem er die ganze Nacht durchgezecht, erst in der Frühe nach Hause. War schlaflos, lief die ganze Nacht im Zimmer umher, klagte in allen Briefen an seine Eltern über Schlaflosigkeit und heftige Kopfschmerzen. In seinem Zimmer herrschte die grauenhafteste Unordnung. Seine Kaffeesemmeln, seine schmutzige Wäsche stapelte Pat. während Wochen in seinem Schrank auf. Benutzte nie den Abort, sondern gebrauchte für seine Entleerungen das Waschgeschirr, vernachlässigte sich aufs Äußerste in Kleidung und Reinlichkeit. Pat. wird von seiner Mutter gebracht. Steht in gerichtlicher Untersuchung wegen Diebstahls, hatte in einem befreundeten Hause in Abwesenheit des Besitzers Bücher fortgenommen unter der Vorgabe, sie leihweise benützen zu wollen, sie dann aber in einem Antiquariat verkauft. Gestand den Diebstahl, versprach den Eigentümer schadlos zu halten, indem er ihn auf eine kommende Geldsendung verwies. Zog das Mandat auch ein, hielt aber nicht Wort. Sagte vor Gericht, er sei durch Schulden in Zahlungschwierigkeiten gekommen und habe sich durch den Verkauf der Bücher helfen wollen. Habe, wenn möglich, die Bücher zurückkaufen wollen, betrachte sein Vorgehen nicht als Diebstahl, sondern als eine Anleihe auf Umwegen. 11. IX. 1898. Bei Aufnahme ruhig. 12. IX. Mit Chloral 1,0, Brom 2,0 wenig geschlafen, häufig erwacht. Örtlich und zeitlich völlig orientiert. In Sprache und Geberden lebhaft. Negiert Halluzinationen. Vor einigen Wochen habe er noch solche gehabt. Klagt, er habe das Gefühl, als ob ein eiserner Ring um seinen Kopf gelegt wäre. Sagt, er leide häufig an Schwindel. Seit 2½ Jahren könne er ohne Schwindel keinen freien Platz überschreiten. Stat. praes.: geröteter Kopf. Fazialisinnervation beidseits schwach, gleich. Pupillen gleich, mittelweit, reagieren etwas träge auf Licht und Akkommodation. Innervationstörungen der Augenmuskeln rechts: r. Auge weicht bei Akkommodation nach außen unten ab. Zunge zeigt Tremor; an beiden Rändern vielfache Bißnarben. Fußsohlen- und Patellarreflexe beidseits gleich, lebhaft. Bauchmuskel- und Kremasterreflex fehlen. Urin o. B. Pat. erzählt, er habe nach körperlichen Anstrengungen beim Einschlafen das Gefühl, als ob er den „Starrkrampf" bekäme, als ob ihm die Möglichkeit jeder Bewegung genommen sei. Er schieße dann plötzlich in großer Angst in die Höhe, wehre sich gegen das Einschlafen, um dies Gefühl nicht aufs neue zu empfinden. Seit 2½ Jahren leide er an häufigem und intensivem Herzklopfen. Tagüber ruhig, zurückgezogen, beschäftigt sich nicht. 13. IX. Kopfschmerz, fühlt sich müde. Nacht mit Chloral 1,0, Brom 2,0 war ordentlich. Liest nachmittags Zeitung, hält sich für sich. 14. IX. Kein Kopfschmerz, fühlt sich wohl. Nacht war gut, Pat. schlief. Ist freundlich, höflich, liest, spaziert, bleibt für sich. 15. IX. Schlecht geschlafen, müde, Kopfschmerz. 16. IX. Gute Nacht. Noch abgespannt, aber völlig



frei im Kopf. Deprimiert, verlangt ein Mittel, durch welches er schmerzlos sterben könne. Er müsse sterben, könne ein solches Leben nicht weiterführen. Hält den Selbstmord für etwas unter Umständen durchaus Ge; botenes, Naturgemäßes. 18. IX. Nächte gut mit Schlafmittel; tags noch müde, für sich. 20. IX. Ebenso. 23. IX. Mit geringerer Chloral- und Bromdosis gut geschlafen. Fürchtet das Wiederkommen der Schlaflosigkeit draußen. 24. IX. Eingeschlafen, bald erwacht und schlaflos geblieben. Etwas Kopfschmerz. 25. IX. Wenig geschlafen. Kopf gerötet. 27. IX. Fühlt sich ganz wohl, spielt gut Schach, liest viel in belletristischen Zeitschriften. Verkehrt mit den andern Pat. 29. IX. Gut geschlafen, aber mit Kopfschmerzen erwacht. Kopf gerötet, fühlt sich den Tag über nicht frei im Kopf. 31. X. Schlaf mit Chloral 1, Brom 2 noch immer mäßig, Dosis deshalb wieder erhöht. 17. XI. In eine deutsche Anstalt transferiert.

Auch in Fall 5 liegt sicher Epilepsie vor. Wir haben zahlreiche Zungenbißnarben, Schwindelgefühl und dipsomanische Anfälle. Wenn Pat. auch epileptische Anfälle negiert, die zahlreichen Zungennarben beweisen, daß Pat. Krampfanfälle hatte. Auch das Gefühl beim Einschlafen, das Pat. nach körperlichen Anstrengungen hatte, als ob er den „Starrkrampf" bekäme, weist auf solche hin. Die Tatsache, daß auch ein intelligenter Epileptiker wie Gottlieb M. von seinen jedenfalls stets des Nachts eingetretenen Krampfanfällen nichts weiß, obwohl sie zu häufigen Zungenbissen führten, ist interessant genug, wenn auch diese Erscheinung nicht gerade als selten bezeichnet werden kann. Ich erinnere mich eines noch nie zur Anstaltbehandlung gekommenen Falles, in dem der ebenfalls intelligente Pat. nur dadurch zur Kenntnis seiner Anfälle kam, daß er in einer Klubhütte nach einer Bergbesteigung nachts im Beisein seines Bruders mehrere schwere epileptische Anfälle bekam. Und ähnliches wird wohl schon jedem Beobachter untergelaufen sein. Solche Vorkommnisse zeigen, wie schwierig der Nachweis von epileptischen Anfällen auch bei intelligenten, gebildeten und sich selbst gut beobachtenden Patienten fallen kann. Wäre es bei den Anfällen von Gottlieb M. nicht zu Zungenbissen gekommen, ließe sich bei ihm auf Grund der Schwindelgefühle usw., der drei unseren Aufnahmen hier vorangegangenen transitorischen Geistesstörungen und dessen, was Pat. hier bot, die epileptische Grundlage des Krankheitbildes nur vermuten; es sei denn, man lasse mit *Gaupp*[18] den Nachweis der Dipsomanie für ge-

nügend gelten, um in einem solchen Falle eine epileptische Geistesstörung zu diagnostizieren.

Fall 6. — Hermann Gl., 1878 geboren. Über Heredität nichts bekannt. Pat. hatte schon als kleines Kind Anfälle mit Augenverdrehen, Zuckungen, Schaum vor dem Munde. Dauer etwa ½ Stunde. Eine Zeitlang so jeden Abend. Mit zunehmendem Alter wurden die Anfälle seltener. Schwacher Schüler. Trinkt seit dem 18. Lebensjahre anfallweise, kommt allmählich bis zu 12—15 Glas Bier, wenig Schnaps, noch weniger Wein in solchen Anfällen an einem Tage. Nach einer solchen 3 Tage fortgesetzten Trinkerei im 19. Jahre erster epileptischer Anfall. Wegen Epilepsie militärfrei. In der Folge 3 bis 4 Krampfanfälle jährlich. Diese beginnen mit einem Vorstadium, in dem Pat. 2 bis 3 Tage hintereinander sinnlos trinkt. Dann erst kommt der epileptische Anfall „wie eine Befreiung". 21. Sept. 1905 aufgenommen. Narben am Kopf und an der Zunge. Pupillen o. B. Patellarreflexe lebhaft. Pat. ist ruhig, gut orientiert. Nach Polizeibericht mehrfach wegen Trunkenheit, Skandal, Liederlichkeit vorbestraft. War aus Basel ausgewiesen, kam auf die Polizei und sagte, man solle ihn entweder versorgen oder ihm den Kopf abschneiden. 22. VIII. Nachts Gesichts- und Gehörshalluzinationen. 24. VIII. Jetzt orientiert, ohne Halluzinationen. 2. IX. Entlassen. Diagnose: Epilepsie.

Fall 5 und 6 bringe ich hier als schöne Bestätigung der *Kraepelin*schen und *Graupp*schen Anschauung über die epileptische Grundlage der Dipsomanie. In Fall 6 hatte Pat. schon als kleines Kind Anfälle, die mit zunehmendem Alter seltener wurden und endlich schwanden. Erst aus dem 19. Lebensjahr wird von einem voll ausgebildeten epileptischen Anfall nach einer dreitätigen Trinkausschweifung berichtet, nachdem seit einem Jahre in ihrer Intensität sich steigernde Trinkanfälle vorausgegangen waren. Sehr schön ist in diesem Falle berichtet, wie die 3 bis 4 jährlich auftretenden Krampfanfälle jedesmal den Schluß einer 2 bis 3 tägigen Trinkperiode bilden. Erst nach diesen Trinkexzessen kommt der epileptische Anfall wie eine Befreiung. Ähnliche Beobachtungen liegen jedenfalls der alten Äußerung *Esquirols*[12] zugrunde, der sich folgendermaßen ausspricht: „Der Zustand, der sich bei einem Epileptischen durch innere Zeichen kundgibt, ist für Manche so schmerzhaft, daß sie lebhaft wünschen, daß der Anfall ausbrechen möge und die Umstände herbeiführen, von denen sie wissen, daß sie ihnen zum Ausbruch des Anfalls günstig waren. Es gibt Epileptische, die zu diesem Zweck



Wein, Spirituosen trinken, Andere, die mit dem ersten besten Streit anfangen, um in Zorn zu geraten"; nur daß *Esquirol* hier zu viel Absicht in dem sieht, was blindem Zwang entstammt.

Über Heredität ist in Fall 6 leider so wenig bekannt wie in Fall 5. In beiden Fällen war es auch nicht möglich, etwas über den ferneren Verlauf zu erfahren. In Fall 5 ist der Pat. 8-Monatkind. Im 26. Lebensjahr tritt der erste dreitägige Anfall von geistiger Störung mit Angstgefühl und Halluzinationen ein. 3 Jahre später ein zweiter und dritter Anfall mit ähnlichen Symptomen, im März und Juni. Von dem im März wird wieder eine Dauer von 3 Tagen berichtet, und auch im Juni dürfte es ungefähr ebenso lange gegangen sein. Schon Ende August setzt der dritte Anfall des gleichen Jahres ein. Nach einer schlaflosen Nacht Aufregung und Angstgefühl, und jetzt, worüber in bezug auf die früheren Anfälle nichts berichtet ist, eine dreitägige Trinkperiode, nach welcher Pat. am 1. September 1897 freiwillig in die Anstalt kommt. Hier gibt er später über sein Vorleben genaue Auskunft. Nach 3 Tagen sind die Erscheinungen aufs neue verschwunden. Schon am 8. September wird Pat. entlassen. Draußen macht er Mitte Januar des folgenden Jahres einen achttägigen Kopfschmerzenanfall durch, ist dann bis Anfang September wieder wohl. Dann setzt eine neue Trinkperiode ein von längerer, leider nicht mehr genau bestimmbarer Dauer, in welcher Zeit Pat. einen Diebstahl begeht. Er nimmt in einem Hause, in dem er verkehrt. Bücher weg und verkauft sie. Am 11. September zum zweiten Male aufgenommen, am 17. September wieder entlassen. In Fall 5 schließt die Trinkperiode nicht wie in Fall 6 mit einem Krampfanfall ab, sondern es tritt unter Alkoholabstinenz beide Male in der Anstalt, bei der ersten Aufnahme schneller, bei der zweiten erst nach etwa einer Woche Beruhigung ein. Angesichts solcher Fälle wird es wohl schwer sein, *Gaupp* nicht beizustimmen.

Ich stehe davon ab, weitere zu geben, da ich nur noch in einem sichere Epilepsie konstatieren, dort aber nicht nachweisen kann, daß die Epilepsie dem Alkoholismus vorangegangen ist. Es handelt sich um einen Kranken, der bei chronischem Alkoholismus an Epilepsie litt und zeitweise verstärkten Drang zum Trinken zeigte. Auch Epilepsie oder Potus in der Aszendenz ließ sich in diesem Fall nicht nachweisen. In 8 weiteren Fällen von periodischer Trunksucht konnte ich in den Anamnesen weder Epilepsie noch Potus der Voreltern angegeben finden,

was natürlich nicht das Fehlen dieser Momente beweist, und ebensowenig epileptische oder epileptoide Zustände anderer Art als eben die Dipsomanie. Mehrfach findet sich in Verbindung mit Dipsomanie Delirium tremens diagnostiziert.

In einem Falle heißt es: Das Trinken kam beim Pat. periodisch, am Anfang alle 4 Wochen, seit 1 Jahr alle 14 Tage. Trinkt in den Anfällen erst Wein, dann Bier, schließlich Schnaps bis zur sinnlosen Betrunkenheit. Seit 5 Jahren trinkt der 40 jährige Pat. regelmäßig seinen Morgenschnaps, in den Anfallzeiten aber einen halben Schoppen. Mit 37 Jahren erste geistige Störung: lief mit einer Axt im Dorf umher, um jemanden totzuschlagen, war religiös erregt, während er sonst irreligiös ist, meinte, er werde gekreuzigt, hatte Angst, man werde ihn ermorden. Auch der Vater des Pat. war Potator, ebenso ein Bruder, der nach einem „Schlaganfall" in geistiger Störung durch Suicid endigte. Hier in der Anstalt bot Pat. alle 5 bis 6 Tage Anfälle von Verstimmung und Gereiztheit, wollte fort, äußerte Selbstmordabsichten, Verfolgungsideen, halluzinierte, war dann nach etwa 2 Tagen jedesmal wieder ruhig. An epilepsieverdächtigen Elementen (transitorische psychische Störungen, für Epilepsie charakteristische Heredität) fehlt es also auch in diesem Fall nicht.

Ein andrer Pat., 47 jährig, litt seit seinem 25. Lebensjahr an periodisch wiederkehrenden Anfällen von Angst und innerer Unruhe. In solchen Zeiten fing er dann, „um die Schwermut zu vertreiben", zu trinken an, trotzdem er wußte, daß er Alcoholica nicht vertrug. Pat. soll auch schon vor seinem 25. Lebensjahr „quartalmäßig" getrunken haben. Er trank dann ein paar Tage lang und war wieder frei davon. Erst seit der angegebenen Zeit trat das melancholische Vorstadium bei den Trinkanfällen auf, das in den letzten 5 Jahren dann wieder wegblieb und erst 14 Tage vor der Aufnahme des Pat. in die Friedmatt wieder einsetzte. Auch in zwei weiteren Fällen noch ist ein deutliches depressives Vorstadium des Trinkanfalls erwähnt; so in dem nächsten Fall.

Pat. kommt freiwillig, 39 Jahre alt. In bezug auf Heredität nicht Belastendes bekannt. 1885 begann Pat. hier und da einige Tage zu trinken, wobei er trotz Erkenntnis des Nachteils dem Drang dazu nicht widerstehen konnte. Später wurden die Trinkanfälle häufiger. Sie dauerten 1889 nur 4, 1893 schon 10 Tage. In ihrer Erscheinungsform waren sie einander stets gleich, an Intensität verschieden. Nachdem Pat. während 2 Tagen meist ohne äußere Veranlassung auffallend verdrießlich und verstimmt gewesen war, begann er früh Bier und Wein zu trinken, war bis Mittag leicht berauscht, legte sich zu Bett, stand, ohne nüchtern geworden zu sein, auf und trank gierig weiter. So einige Tage, bis Erbrechen kam, ihm schwach wurde, er sich für einen Tag ins Bett legen mußte, womit der Anfall sein Ende hatte. Früher länger, dauerten zur



Zeit der Aufnahme (1893) die freien Zwischenräume nur mehr 6 bis 8 Wochen. Zur Zeit des Anfalls zeigte sich bei dem Pat. auch ein Trieb zu sexuellen Exzessen. Die Stimmung während des Anfalls wechselte zwischen Depression und Exaltation. Pat. ist Wirt und Landwirt. Sein Vater war ebenfalls Wirt, so daß auch in diesem Fall Potus des Erzeugers wahrscheinlich ist.

Mit den geschilderten Fällen sind wenigstens einige Bilder aus dem vielgestaltigen Formenkreise des epileptischen Irreseins an der Hand von Material unserer Anstalt gegeben: ein typisches postepileptisches Irresein, eine nach mehrfachen transitorischen Erregungzuständen schnell sich ausbildende Dementia epileptica, ein weiterer Fall mit chronisch querulierendem Wesen ohne gut unterschiedene Erregungzustände, ein anderer mit mehrfachen Dämmerzuständen mit Wandertrieb und sinnlosen Droschkenfahrten, endlich 12 Dipsomanien, von denen besonders Fall 5 den Zusammenhang der Trunksuchtanfälle mit periodisch auftretenden Angstzuständen sehr gut zeigt. Auch die Epilepsie ist in diesem sowie in Fall 6 sicher.

Ist das Bild des epileptischen Irreseins schon diesen Schilderungen nach bunt genug ausgefallen, so wird die zweite Gruppe von Krankengeschichten wieder neue Formen liefern. Wenn es sich aber in der ersten um nachweisbar sichere Epilepsie handelt, so bringe ich in Gruppe II zum Teil Fälle, deren epileptische Grundlage disputierbar sein wird.

II. Periodische mehr oder minder epilepsieverdächtige Psychosen.

Ich setze an die Spitze der zweiten Gruppe von Krankengeschichten mehr oder minder epilepsieverdächtiger Psychosen einen Fall von möglicherweise epileptischem Irresein bei einem weiblichen Individuum, welcher sich durch einen nicht gewöhnlichen Verlauf auszeichnet.

Fall 7 (Eigene Beobachtung). — Frau Anna G., 1873 geboren. Vater Potator, Mutter Potatrix, litt an Ohnmachten und Schwindel. Der Vater soll an Auszehrung in unbekanntem Alter, die Mutter mit 43 Jahren an „Nervenfieber“ gestorben sein. Von den Kindern der Schwester des Großvaters väterlicherseits litt eines an Ohnmachten, ein anderes war schwermütig und Potatrix. Pat. selber litt bis zum 7. Lebensjahr an schweren Konvulsionen. 1885, also im 22. Lebensjahr, „An-

fälle", welche die Pat. 1887 in die Anstalt für Epileptische bei Zürich führten. Der Bericht dieser Anstalt sagt, Pat. habe dort Anfälle gehabt. Der erste dort beobachtete Anfall trug hysterischen Charakter, konnte durch Benetzen des Gesichts abgekürzt werden. Ebenso einige spätere. Dann stellten sich Anfälle ein, welche (der Refer. sah sie nicht selber) weder das Aussehen von epileptischen noch von hysterischen hatten, sondern eher tiefen Ohnmachten glichen. Pat. lag starr, bewegunglos da, war völlig bewußtlos, sah sehr bleich aus. Während Pat. anfangs an allem Anteil nahm, mit den andern scherzte und lachte, wurde sie allmählich stiller, verwirrt, melancholisch. Lag tagelang zu Bette, schnitt sich in einem unbewachten Augenblick den Zopf ab, suchte davonzulaufen, ging nachts im Schlafsaal umher. Schon vor dem Aufenthalt in der Ansalt für Epileptische war Pat. einmal in einem Spital wegen „nervöser Aufregung" behandelt worden. Während des Aufenthalts in der Anstalt für Epileptische (Februar bis Juni 1887) monatlich zwei Anfälle, regelmäßig alternierend je einer tags und einer nachts. Pat. äußerte Verfolgungsideen, hatte nie Tobsuchtanfälle. Aus der Anstalt für Epileptische 27. VI. 1887 in das Burghölzli aufgenommen. Stand dort stundenlang, ohne das Gesicht zu verziehen, auf einem Fleck. Antwortete nicht. Andeutung eines kataleptischen Zustandes. 29. VI. Allgemeine Starre gelöst, Pat. bricht bei jeder Ansprache und auf alles hin, was sie hört und sieht, in heftiges Lachen aus. Schlaflosigkeit. 1. VII. Weint bei jedem Anlaß, Angst; es sei heute das jüngste Gericht, sie müsse sterben. 16. VII. Nicht mehr gehemmt, gereizt, habe sehr große Angst gehabt infolge von Stimmen teils lobenden, teils tadelnden Inhalts. Ihr werden Schweinereien gesagt. Infolge der Stimmen habe sie bald lachen, bald weinen müssen. 13. VIII. Anfall von Muskelkrämpfen (hysterischer Natur). Kein Sopor, kein Erinnerungsdefekt. 16. VIII. Gleicher Anfall. Seitdem keiner mehr. 24. X. 1887 in einen Dienst entlassen.

Am 2. II. 1903 aus dem Basler Bürgerspital zum ersten Male in die Friedmatt aufgenommen. Die Krankengeschichte des Bürgerspitals vom 30. I. bis 2. II. 1903 sagt: Sogleich beim Eintritt fällt das merkwürdige Verhalten der Pat. auf. Sie ist örtlich und zeitlich orientiert, gibt im allgemeinen richtige Auskunft, zwischen hinein jedoch spricht sie Dinge, die nicht zur Sache gehören. Nacht auf den 31. unruhig (auch die Nächte daheim waren es schon), Pat. steht auf, geht zu den Mitpatienten, zerrt sie im Bett herum, glaubt den „Bösen" vor sich zu haben. Die Stimmung, welche bis jetzt fröhlich war, ist nun gedrückt. Pat. weint beständig und hält lautbetend ihre Hände in die Höhe. Gebete in Versform (Heilsarmee-Lieder). Pat. ist jetzt zeitlich nicht genau orientiert. Ihre Nachbarin hält sie für eine alte Freundin mit anderm Namen. Der Arzt wird mit Du angesprochen. 1. II. Fortwährend singt Pat. Lieder über den „bösen Geist" usw. Sie fixiert irgend einen Punkt im Zimmer und sieht die eintretenden Personen nicht an. Blick starr an die Wand



geheftet. Arzt, Assistent und Schwester werden mit Handschlag begrüßt und als „Glaube, Liebe, Hoffnung“ betitelt. Pat. steht hier und da auf, klatscht in die Hände, ist aber sonst gutartig und macht keinen größeren Lärm. 2. II. Nacht ziemlich ruhig. Pat. gibt an, sie sei heute Nacht in der ganzen Welt umhergefahren. Transferierung in die psychiatrische Klinik.

Bei der Aufnahme hier erregt, gestikuliert, predigt, singt, springt und tanzt umher. 3. II. Nacht ziemlich unruhig, sang, schwatzte über religiöse Dinge in völlig verworrener Weise. Der körperliche Status bietet nichts Erwähnenswertes. Keine Pupillen-, keine Fazialisdifferenz. Pat. nimmt unnatürliche Stellungen an, streckt den einen Arm wie segnend aus, bleibt eine Zeitlang unbeweglich, gibt auf Fragen keine Antwort, starrt mit weitgeöffneten Augen ins Leere. Nach einiger Zeit fängt sie an lebhaft zu werden, laut zu predigen oder Teile von Versen herzusagen. Dann kommen viele Halleluja hintereinander. Massenhafte Personenverkennungen. Starkes Halluzinieren. 4. II. Pat. ist anhaltend in religiöser Exaltation. Amen und Halleluja ist das dritte Wort ihrer völlig verworrenen, zuweilen leicht ideenflüchtigen Reden. Beständig in gehobener Stimmung. 5. II. Reden haben heute einen gewissen Zusammenhang. Sie habe auch in der Welt gelebt, absolut einen Mann haben wollen und sich verführen lassen. Doch das war der Weg der Sünde und des Teufels. Dafür müsse sie büßen. Predigt, ermahnt alle zur Buße. 9. II. Bedeutend ruhiger geworden, doch völlig desorientiert, halluziniert lebhaft, glaubt, sie sei in einem Gefängnis, um den Gefangenen zu predigen. 12. II. Viel klarer, über Zeit und Ort jetzt orientiert, wenigstens im Großen, Ganzen. Doch noch Personenverkennung. 17. II. Stetiges Fortschreiten der Besserung, scheint völlig klar zu sein, erzählt von ihren deliriösen Zuständen, glaubte in Jerusalem zu sein, beim Einsturz des Tempels, beim jüngsten Gericht usf. Eintritt der Menses. 21. II. Periode ohne Komplikation vorübergegangen. Ruhig, zufrieden, fleißig. 5. III. Pat. spricht viel von der Heilsarmee, der sie angehört, singt deren Lieder. Mit allen freundlich, freut sich ihrer Genesung. 18. III. Menses wieder gut vorbeigegangen. Geheilt entlassen. Diagnose: Mania simplex.

2. Aufnahme hier 2. VI. bis 19. VII. 1906. Tags vorher hörte Pat. plötzlich auf zu arbeiten, starrte in die Luft, gestikulierte, predigte. Nacht ruhig, schlief jedoch von 11 Uhr an nicht mehr. Stimmung bei der Aufnahme leicht euphorisch. Befragt, ob sie etwas Großes bedeute, meint Pat. langsam sprechend, wie wenn sie ganz leicht benommen wäre, sie habe eine große Aufgabe, eine schwere Aufgabe, gehe nach Golgatha, sei eine von den armen Sünderinnen. Während sie spricht, läßt sie den Harn, ohne darauf zu achten. Liegt auf der Abteilung zeitweise wie schlafend im Bett oder singt. Spricht nur in Reimen: „Heilsarmee hat Läus' und Flöh, der Doktor hat's ja selber gseh.“ Auf die Frage, ob sie von Basel mit der Eisenbahn hierhergekommen sei (Pat. glaubt im Burg-



hölzli zu sein und den früheren Direktor dieser Anstalt vor sich zu haben), antwortet sie: „Ich bin numma geloffa, ich ha zu viel gesoffa.“ Weiter: „Mein Rücken tut mir weh, es gibt gewiß bald Schnee.“ „Kamerad Mohr, nimm dich nur mal ans Ohr, bring mir jetzt nur mal das Rohr.“ Gebundene, gezierte Sprechweise, wie wenn sie sich bemühte, wie ein Kind zu sprechen. Sie spricht demgemäß sehr hoch. Dazu theatralische, pathetische, langsame Bewegungen, seelenvolles Augenniederschlagen, Falten der Hände usw. Ausgesprochene Echopraxie, Echolalie, Katalepsie, Befehlsautomatie. Stat. praes: Mund etwas nach rechts verzogen. Zunge wird grade ausgestreckt. Gaumen-, Rachen-, Korneal-, Konjunktival-Reflexe vorhanden. Pupillen o. B. Augenbewegungen frei. Patellarreflexe lebhaft. Kein Bab., kein Fußklonus. Pat. ist menstruiert. 3. VI. Wie gestern. 6. VI. Echopraxie, Befehlsautomatie, läßt Stuhl und Urin ins Bett. Nahrungaufnahme mäßig. Drapiert sich mit Decken, nimmt die Haltung einer Flehenden an, stürzt sich von ihrem Bett langsam in das nächste, nimmt eine Brotrinde wie eine Pfeife in den Mund, legt zusammengerollte Haare darauf, läßt sich theatralisch zu Boden gleiten. Ruft man ihr eindringlich das Wort „Trauer“ zu, so macht sie ein trauriges Gesicht. Bei „Freude“ markiert sie nur einen mäßigen Grad von Fröhlichkeit. „Wut“ und „Verachtung“ bleiben wirkunglos. 7. VI. Gibt morgens den Namen der Anstalt zum ersten Male richtig an. Nachmittags völlig klar. Ihr Gebärdenspiel habe sie machen müssen, wisse nicht weshalb. Erinnert sich allmählich wieder an alles, was sie gemacht hat, entschuldigt sich, sie habe nicht mit Fleiß Kot und Urin ins Bett gemacht. 8. VI. Rechnet gut, völlig orientiert. 23. VI. Dauernd ruhig, geordnet, freundlich, fleißig. 19. VII. Geheilt entlassen. Diagnose: Hysterischer Dämmerzustand.

3. Aufnahme: 24. VI. bis 14. VIII. 1908. Seit etwa 6 Tagen äußerte Pat. daheim zahlreiche Wahnideen: ganz Basel sitze ihr auf dem Rücken, sie werde verfolgt, weil sie einen Mord begangen habe. Schlief nicht mehr, lief nachts umher, sprach fortwährend. Verlangte von der Heilsarmee Schutz vor Verfolgung. 25. VI. Sang nachts viel, war laut. Singt auch über Tag fast fortwährend. Pat. ist stark manisch, singt während der Untersuchung Heilsarmeelieder. Kommt Aufforderungen nach. Zeitlich nur mäßig orientiert. Kann erst nach längerem Besinnen angeben, wie lange sie hier ist. Redet die Ärzte mit Du an, denn als Kinder Gottes seien alle Menschen Brüder und kennten sich. Vom Teufel werden ihr Schimpfnamen wie Hure und Teufelsmensch nachgerufen. Stat. praes.: wesentlich wie bei der 2. Aufnahme, nur wird jetzt noch angegeben: Sensibilität der Haut ziemlich beträchtlich herabgesetzt; es besteht ausgesprochene Dermographie. 27. VI. Pat. liegt meist in theatralischer Pose da, die Augen nach oben gerichtet, die Hände wie zum Gebet ausgestreckt. Singt viel. Reichliche Halluzinationen. Stimmung fast



durchgängig euphorisch. 29. VI. Lacht, schwatzt, singt. 1. VII. Ruhiger, noch deutlich euphorisch. 4. VII. Manischer Affekt jetzt ziemlich abgeklungen, doch noch euphorisch. 12. VII. Ruhig, klar, zufrieden. 14. VIII. Geheilt entlassen. Voll lebhaft geäußerter Dankbarkeit gegen die Anstalt.

4. Aufnahme: 13. II. bis 29. XI. 1909. War daheim seit 14 Tagen wieder unruhig, hörte Stimmen, welche Mutter riefen, stellte die Möbel in der Wohnung um. Schaffte seit 4 Tagen nicht mehr, lief umher, betete Tag und Nacht. Verlangte selber wieder in ihre „liebe Friedmatt". 14. II. Nacht ziemlich ruhig, begann erst in der Frühe zu singen und zu beten. 15. II. Weint. Das Blut Christi wasche sie nicht von ihren Sünden rein. 23. II. Bisher stets laut, sang, betete. Angina mit Fieber bis 39° (am 19.). Nacht auf heute ruhig. 27. II. Seitdem ruhig. Erinnert sich an alles, hatte Gehörs- und Gesichtshalluzinationen, hörte schönen Gesang. Schreibt den folgenden Brief:

„Herrn T. G. (genannt Karoli) abzugeben im Laden der Metzgerei H., Z.gasse Nr. 143 in Klein-Basel.

Donnerstag, Basel, den 4. März 1909.

Mein lieber Karl!

Gott allein soll die Ehre haben, bei allem, was ich denke, thu und schreibe! —

Lieber Karl, als du mich in der Kutsche in die Friedmatt gethan, hast Du mir so geschmeichelt, aber ich habe mir nicht so viel daraus gemacht, weil ich Deine Eheliebe prüfen wollte, — aber jetzt bin ich am nächsten Samstag 3 Wochen hier und Du hast noch keine Karte geschrieben und mich auch noch nicht besucht, lieber Karl ich liebe Dich aber dennoch, weil ich durch das theure Blut Jesu gerettet wurde, und wann ich auch noch viele Fehler und Mängel habe, so bin ich mir doch fest bewußt, daß wo der Herr das Werk angefangen, Er es auch vollenden wird, besonders wann wir Ihn täglich und aufrichtig darum bitten. — Sei also ein wenig vernünftig und liebevoller gegen mich, denn ich habe Dich immer mit Liebe und Nachsicht behandelt, weißt das können noch alle welche im gleichen Hause wohnen beweisen, oft bist Du mürrisch und launisch und hätte mir der liebe Heiland nicht die Gnade geschenkt, meine Feinde zu lieben, so hätte ich Dich auch nicht mehr lieben können, Du mußt mich aber recht verstehen, mein lieber Mann, nicht daß Du etwa meinst, ich sehe Dich als Feind an, nein Du bist mein lieber Mann, jedoch Du bist ein Feind der Religion, der Kirche wie der mir lieben Heilsarmee" usf.

17. III. Ruhig, fleißig, zufrieden. 18. III. Begann beim Besuch des Mannes plötzlich zu predigen, wurde erregt. 19. III. Nacht ruhig. Pat. steht bei der Frühvisite mit erhobener Hand, zur Decke aufgeschlagenen Augen da und predigt und singt. Für Momente fixierbar, weiß, wie der Arzt heißt. 20. III. Peroriert beständig, redet, antwortet in



Reimen. Gut geschlafen? Pat.: „Gut gestrafen!" Bleibt nicht im Bett, geht heraus, steht im Bett auf. Deutliche leichte Ideenflucht, ist für kurze Zeit fixierbar, ablenkbar, redet alle mit dem richtigen Namen an, zeitlich nicht ganz orientiert, nennt Freitag statt Sonntag als den laufenden Wochentag. Habe sich nicht drum gekümmert, wisse es nicht. Weiß, wo sie ist. 21. III. Vom vielen Reden und Singen heiser, psychomotorische Unruhe. Nimmt allerlei Posen an, kniet hin, legt sich auf den Boden, steht mit erhobenen Händen und himmelndem Blick da, läßt sich leicht aufheben, ins Bett zurückbringen, widerstrebt nicht dabei. 22. III. Mäßige, aber deutliche Ideenflucht. Nimmt gegebene Stichworte auf, ablenkbar. 23. III. Gereizter, aggressiv, roter Kopf, peroriert beständig in stark ideenflüchtiger Weise, redet vom Huren, halluziniert lebhaft. 25. III. Zerreißt, stärker widerstrebend, doch nicht negativistisch, nicht mehr fixierbar, macht einen gänzlich verworrenen Eindruck. 3. IV. Ruhiger, wieder etwas fixierbar. 17. IV. War bald wieder stärker, zeitweise sehr stark erregt, gereizt, zornig, schimpft. Gestern ausgesprochen stuporös, kataleptisch. Flexibilitas cerea. 29. IV. Ruhiger, ziemlich klar. 11. V. Ruhiger, peroriert aber noch immer. 3. VI. Wieder äußerst erregt, zornig, schimpft, scheint lebhaft zu halluzinieren, gibt aber auch in ruhigeren Momenten keine Auskunft. 17. VI. Noch ebenso. Bald mehr, bald weniger erregt.

Jetzt noch zur Vervollständigung der Anamnese — und damit wird erst ersichtlich, wie ich dazu komme, den Fall hier überhaupt zu bringen — die zwischen 1887 und 1906 liegenden Ereignisse nach Bericht des Ehemannes. Schon in der Jugend, gibt dieser an, habe Pat. „viel unverantwortliches Zeug" geredet und auch später noch gerne die Leute hintereinander gebracht. Pat. ist deshalb mit ihren Geschwistern zerfallen und außer Verkehr. Mit etwa 26 Jahren heiratete Pat. das erste Mal. Der Mann ließ sie bald nach der Hochzeit sitzen. Aus dieser Ehe ein lebendes, angeblich gesundes Kind. Mit 28 Jahren heiratete Pat. wieder, den Referenten, einen damals 19 jährigen Komiker, der jetzt aber seit langem schon Schuhmacher ist. 1901 infizierte sich der Mann luisch, ließ sich aber gründlich behandeln, verkehrte ein halbes Jahr lang nicht mit der Frau, die auch nie Aborte hatte.

Die beiden Kinder aus 2. Ehe (1893 und 1895 geboren) sind gesund. Pat. war stets empfindlich gegen Alkohol. Schon $^3/_{10}$ l stiegen ihr zu Kopf. Sie litt viel an Kopfschmerzen. Trinkerin war sie niemals. Zur Zeit der Regel war Pat., seit der Mann sie kennt, stets aufgeregt, glaubte, die Leute schimpften über sie und ähnliches. Von 1892, Jahr der 2. Heirat, bis 1898 hatte Pat. bald seltener, bald (und besonders während der zweimaligen Gravidität, aber auch sonst) gehäuft Anfälle. Diesen Anfällen gingen stets Kopfschmerzen voraus. Pat. wußte es nicht vorher, wenn ein Anfall kam. Nach dem Anfall wieder Kopfschmerzen, Mattigkeit, Erinnerunglosigkeit. Die Anfälle kamen



plötzlich: Pat. fiel z. B. beim Mittagessen mit dem Kind auf dem Arm plötzlich um, ohne Zeit zu haben, das Kind wegzugeben, „schlug“ mit Händen und Füßen und verletzte sich bei diesem Umfallen durch Aufschlagen mit dem Kopf und Ellenbogen mehrfach so, daß es blutete. 1898 trat Pat. in die Heilsarmee ein und lebte von da an alkoholabstinent. Seitdem sistierten die Krampfanfälle bis zum 2. Juni 1906, also bis zum Tag ihrer 2. Aufnahme in die Friedmatt. An jenem Tage ohne eruierbare Ursache 5 Anfälle, bei denen die Glieder steif wurden und Schaum vor den Mund trat. Nach dem 2. Anfall wollte Pat. zum Fenster hinaus. Ebenso nach dem 3. Unmittelbar nach dem 5. Anfall wurde Pat. in die Anstalt gebracht.

Überblicken wir jetzt das Ganze, so haben wir eine durch Potus beider Eltern belastete Person vor uns, von deren Mutter speziell noch angegeben wird, daß sie an „Ohnmachten und Schwindel litt. Da die Mutter mit 43 Jahren starb, wird es sich um keine Alterserscheinungen gehandelt haben. Näheres ist jedoch leider nicht bekannt. Auch von den Kindern einer Großtante väterlicherseits litt eines an Ohnmachten, war ein andres schwermütig und Potatrix. Pat. selbst litt als 7 jähriges Kind an „schweren Konvulsionen“ und seit 1885 an Anfällen“. In der Anstalt für Epileptische, wohin Pat., nachdem sie vorher schon wegen „nervöser Aufregung“ in einem Spital war, 1887 kam, wurden hysterische Anfälle beobachtet, aber auch „tiefe Ohnmachten“. Auch die beiden im Burghölzli 1887 beobachteten Anfälle waren hysterischer Natur. Pat. zeigte schon in der Jugend abnormen Charakter, redete „unverantwortliches Zeug“. Schon in der Anstalt für Epileptische wurde ein Dämmerzustand beobachtet, ähnliche Zustände mit Halluzinieren, Angst, zwangmäßigem Lachen und Weinen im Burghölzli; alles Beobachtungen, die deutlich auf Hysterie hinweisen.

Nun aber die späteren Anfälle, über die der Mann hier schon 1906, genauer jetzt (1909) Auskunft gab und zwar, ohne daß ihm etwa durch die Art der Fragestellung etwas suggeriert worden wäre. Sie tragen meiner Ansicht nach, nach allem zu urteilen, was der Mann berichtete, epileptischen Charakter. Pat. fiel plötzlich um, hatte klonische Krämpfe und verletzte sich durch Aufschlagen an Kopf und Ellenbogen derart, daß es blutete. Durch diese völlig spontan gemachte Angabe



des Mannes ist wohl der epileptische Charakter nicht aller, aber dieser Anfälle der Pat., bei denen es zu derartigen Verletzungen kam, außer allen Zweifel gestellt. Auch daß die Anfälle, nachdem Pat. in die Heilsarmee eingetreten und alkoholenthaltsam geworden war, aussetzten, spricht eher für die epileptische Natur dieser Krämpfe. Wir haben es also bei der erblich mit Potus beider Erzeuger, also in für Epilepsie typisch belasteten Pat. wahrscheinlich mit einer Epileptica, wenn man will, mit einer Hystero-Epileptica zu tun, die, wie das oft der Fall ist, zeitweise auch hysterische Anfälle hatte und auch körperliche Zeichen der Hysterie bietet.

Pat. kam vom 2. Februar 1903 bis 18. März 1903 das erstemal in die Friedmatt. Hier wurde damals die Diagnose Mania simplex gestellt. Pat. war in religiöser Exaltation, sang, tanzte, perorierte, war gehobener Stimmung, ideenflüchtig, allerdings zeitweise auch verworren. Die Störung dauerte im ganzen etwa einen Monat, dann tritt Beruhigung ein. Pat. wird geheilt entlassen. Ein wesentlich anderes Bild bietet sich uns bei der zweiten Aufnahme nach einem freien Intervall von mehr als 3 Jahren, wo Pat. nach 5 (es ist nicht sicher zu sagen, ob epileptischen oder hysterischen) Anfällen unmittelbar in die Anstalt gebracht wird, ein Zustandbild, das die Diagnose: Katatonie wohl vollkommen rechtfertigen würde. Pat. spricht in Reimen, zeigt ausgesprochene Echopraxie, Echolalie, Katalepsie, Befehlsautomatie, gezierte Sprechweise, Manierismen, läßt Urin unter sich, Urin und Kot ins Bett, erweist sich allerdings dabei bis zu gewissem Grad suggestibel. Alle diese Symptome bestehen noch am 6. Juni 1903; schon am 7., also diesmal viel schneller, ist sie klar, erinnert sich an alles, bittet sogar für ihre Unreinlichkeit um Entschuldigung. Ablauf der Störung diesmal in 5 Tagen. Es folgt ein neues freies Intervall von etwas weniger als 2 Jahren. Wiederbeginn am 18. Juni 1908 mit Erregung, Rededrang, Verfolgungsideen. Dritte Aufnahme am 24. Juni wieder mit einem stark manischen Symptomenkomplex: psychomotorische Unruhe, Pat. singt, ist gehobener Stimmung, halluziniert. Um den 1. Juli wird Pat. ruhiger. Der manische Affekt beginnt abzuklingen. Am 12. Juli ist sie in ihrem normalen Zustand; also nach einem knappen Monat. Nach einem weiteren entlassen. Freies Intervall bis etwa 1. Februar 1909; am 13. Februar wieder aufgenommen. Aufs neue Unruhe, akustische

Halluzinationen, Pat. singt, weint, lacht, betet, kurz bietet, wenn man von den bei der dritten Aufnahme konstatierten Verfolgungsideen absieht, das gleiche Bild wie bei der ersten und dritten Aufnahme. Diesmal verlangt Pat. selbst in ihre „liebe Friedmatt verbracht zu werden, was auf Krankheitgefühl von vornherein schließen läßt. Die maniforme Erregung ist diesmal nicht so stark. 17. bis 23. Angina mit Fieber; diesmal nach 14 unruhigen Tagen draußen und etwa 10 in der Anstalt, also 24 im ganzen, ruhig und klar. Dagegen wird Pat. am 18. März nach einem Besuch des Mannes, mit dessen Abneigung gegen die Heilsarmee sie nicht einverstanden ist, aber nicht eigentlich durch ihn, denn der Mann traf sie schon in einer gewissen Erregung an, aufs neue stark erregt, singt, predigt wieder, ist zeitweise ganz verworren. Mitte April tritt dann für einen Tag ein stuporöser Zustand auf mit ausgesprochener Flexibilitas cerea. Später erscheint Pat. völlig verworren, ist gar nicht mehr fixierbar, halluziniert in stärkster Weise, ist bald erregt, laut, schimpft, schlägt, zerreißt, bald mutazistisch, stuporös, zwischendurch auch für kurze Zeit ruhig und klar, wird es dauernd aber erst Anfang November. Schreibt dann wieder ganz ähnliche Briefe wie die hier wiedergegebenen, gibt gut über ihre Halluzinationen Auskunft, sah Himmelserscheinungen, den Teufel Zeppelin, hatte Angst dabei, hörte Musik, weiß aber jetzt, daß das alles „Ideen" waren, daß sie krank war. Bald habe sie die Ärzte gekannt, bald wieder nicht. Am 29. November 1909 in ihrem Normalzustand entlassen. Seitdem gesund.

Wir haben also in Fall 7 in den Jahren 1887, 1903, 1906, 1908, 1909 transitorische Geistesstörungen, welche teils den Charakter eines Dämmerzustandes, teils deutlich maniformen Charakter tragen (Aufnahmen in der Friedmatt von 1903, 1908, 1909), dabei zum Teil auch (Burghölzli 1887, Friedmatt 1906 und 1909) katatone Zustandbilder bieten. Hierbei ist nun vor allem wichtig, daß die Störung von 1906, wo hier ein hysterischer Dämmerzustand diagnostiziert wurde, sich unmittelbar an 5 Anfälle körperlicher Natur anschließt. Diese 5 Anfälle vom 2. Juni 1906 scheinen damals hier für hysterische angesehen worden zu sein. Daß die Pat. aber zeitweise sichere epileptische Krampfanfälle hatte, scheint mir durch die bestimmten, unbeeinflußten Angaben des Mannes sicher gestellt zu sein. Auch



die Pat. selber gab in einem klaren Moment an, daß sie sich häufig blutig geschlagen habe. Sichere Narben sind nicht zu finden; besonders liegen auch keine Zungenbißnarben vor, wie denn der Mann auch nichts von Zungenbissen erwähnte. Die vorne gegebene Schilderung der Anfälle, welche durch die dabei gesetzten Verletzungen die epileptische Natur mancher Anfälle der Pat. sicherstellen, gab der Mann erst bei der letzten Aufnahme, während die 1906 über die Anfälle seiner Frau von ihm gelieferten Angaben so, wie sie in der Krankengeschichte notiert sind, nicht gestatten, die hysterische Natur dieser 5 Anfälle sicher auszuschließen. Und jetzt (1909) erinnerte sich der Mann jener fünf der zweiten Aufnahme vorangegangenen Anfälle nicht mehr genau genug, um sagen zu können, ob es auch damals gerade zu Verletzungen, an denen er sonst sicher festhält, gekommen sei. Ich muß es daher offenlassen, ob es sich Juni 1906 um hysterische oder epileptische Anfälle gehandelt hat. Ich habe schon in Gruppe I auf die Echolalie bei Fall 1 hingewiesen und auf ein postepileptisches katatones Zustandbild in einem weiteren Fall (Ernst Th.). So würde meiner Ansicht nach, wenn die epileptische Natur jener Anfälle vom Juni 1906 feststände, das damalige Zustandbild am ungezwungensten als postepileptische Störung aufzufassen sein und dem entsprechend die Störungen von 1903, 1908, 1909 als epileptische Äquivalente. Die Symptomenbilder von 1903, 1908, 1909 scheinen mir nichts für einen hysterischen Dämmerzustand durchaus Charakteristisches zu bieten; sie würden wohl, isoliert für sich betrachtet, stets, wie es hier auch 1903 geschah, zu der Diagnose Manie oder auch Dementia praecox führen. Bei dem protrahierten Anfall vom 18. März bis Ende Oktober 1909 war Pat. für längere Zeiten allerdings völlig unfixierbar und stark traumartig verworren. Im einzelnen in dem Fall trennen zu wollen, was von diesen psychotischen Zuständen der Hysterie und der von mir angenommenen Epilepsie gehört, dürfte wohl ein unfruchtbares Unterfangen sein. Es wurde hier zuletzt auch die Diagnose Katatonie erwogen, wozu ja auch das Symptomenbild der Aufnahme von 1906 wie von 1909 eine Grundlage bieten. Nun finden sich ja katatone Erscheinungen ebensogut auf hysterischer wie epileptischer Seite; wie denn auch *Raecke* [37] in bezug auf die Epilepsie sagt: „Im Fall 16 endlich trägt der Stupor ganz katatone Züge: eigentümliche Manieren und Posen, die den



Charakter des Stereotypen haben, Andeutungen von Flexibilitas cerea usw." Ganz ähnliche Erscheinungen konnte ich selber in einem Fall von s i c h e r e r Epilepsie, allerdings auch bei einer Kranken mit starken hysterischen Zügen, wie sie eben bei weiblichen Epileptikern häufig sind, nachweisen, welcher Fall, obwohl eigentlich in Gruppe I gehörig, der Kontinuität der Darstellung halber von mir erst hier gegeben wird.

F a l l 8. (Eigene Beobachtung.) — Frau A d e l i n e B., 1873 geboren, wurde am 20. Mai 1907 in die Anstalt aufgenommen. Heredität negiert. Der die Pat. gelegentlich besuchende Bruder ist sehr nervös. Seit dem 15. Lebensjahr hatte Pat. epileptische Anfälle, welche während der ersten 10 Jahre geringfügiger Natur gewesen sein sollen, dann jedoch an Stärke und Häufigkeit zunahmen. Pat. wurde wegen eines am 18. V. eingetretenen „Tobsuchtanfalles" 3 Tage darauf in die Anstalt gebracht. Bei der Aufnahme ruhig, aber örtlich und zeitlich nicht orientiert. Erinnert sich jedoch, daß sie daheim erregt war. 24. V. Deutliche Anfälle von Erregung unterscheidbar. 30. V. Wortkarg oder auch ausgesprochen mutazistisch. Bald apathisch, träumerisch, bald zornig, gereizt oder ängstlich erregt, mit Urin und Stuhl unrein. 7. VI. Noch immer zeitweise benommen, Vergiftungsideen, Beziehungswahn (Mitpatientinnen und Wärterinnen werfen sich bedeutungvolle Blicke zu), Pat. sieht überall Andeutungen, Anspielungen. 8. VIII. Morose Stimmung. Wechsel besserer und schlimmerer Zeiten. Regelmäßig alle 8 bis 14 Tage ein typischer epileptischer Anfall. Hier und da Zungenbisse. Zweifellose Demenz. 8. VI. 1908. Unruhig, laut, singt, lacht, Bewegungsdrang, Ideenflucht, gehobene Stimmung, kurz ein ausgesprochen m a n i s c h e s Zustandbild. 11. VI. Ruhig, aber noch nicht klar. Deprimiert, redet vom Sterben, man will sie töten, halluziniert lebhaft. 12. VI. Nahrungverweigerung. Stupor, deutliche Flexibilitas cerea: Arme lassen sich hochstellen. Skandierende Sprache. 16. VI. Urinretention, Katheterismus. Stupor. 18. VI. Stupor. 20. VI. Sondenfütterung. 23. VI. Wacht beim Besuch der Angehörigen plötzlich aus ihrem Stupor auf, spricht seitdem. 29. VI. Außer Bett. 27. VII. Seit einem Monat fast stets außer Bett. Gute Zeit, verkehrt mit den andern, beschäftigt sich. 10. XI. Ihren Anfällen gehen in letzter Zeit meist längerdauernde kataleptische Erscheinungen voraus, so daß man oft Tage lang voraus den Anfall kommen sieht. Pat. sitzt dann mit gefalteten Händen aufrecht im Bett, starrt unverwandt auf einen Punkt. Deutliche Hemmung: antwortet erst auf mehrfache Fragen und nur kurz, ohne daß das Gesicht dabei Ausdruckbewegungen zeigt. Eine Reihe von Anfällen wird im Gegensatz dazu durch eine e x q u i s i t m a n i s c h e P h a s e eingeleitet: Pat. lacht und schwatzt fortwährend, ist in gehobener Stimmung, zeigt in



ihren Reden deutliche Ideenflucht. Diese manischen Erscheinungen dauern oft Tage lang (bis zu fünf), worauf dann der Anfall einsetzt. Nach dem Anfall ist Pat. gewöhnlich ruhig, klar. 8. I. 1909. Mutazistisch, stereotype Haltung. Betet, glaubt sich von allen beobachtet und belächelt. 10. I. Anfall. Wird im Lauf des Tages darauf freier. 22. II. Nach dem gewöhnlichen Stuporzustand heute dreistündiger Anfall mehr hysterischer Natur, in Zusammenzucken des ganzen Körpers unter begleitendem halblauten Schreien bestehend. 23. II. Neuer protrahierter Anfall mit beständigem Schreien, aber geringeren Zuckungen als gestern. Auf Anrufen sistiert manchmal das Schreien und die Zuckungen für kurze Zeit. 25. II. Starke Erregung mitten aus dem Stupor heraus. Agressiv, zerstörungsüchtig. Sondenfütterung, weil Pat. seit 3 Tagen nicht mehr gegessen. 1. III. Bis heute gefüttert. 6. III. Frei, klar usf.

Die Krankengeschichte der Frau B. zeigt nichts, was unbekannt, aber sie illustriert gut die Mannigfaltigkeit und den Wechsel der bei dem epileptischen Irresein möglichen Erscheinungen. Eine höchstwahrscheinlich doch erblich belastete Kranke, Israelitin, hat von ihrem 15. Lebensjahre an epileptische Anfälle, die später an Stärke und Häufigkeit zunehmen. Es kommt relativ bald, Pat. ist heute 36 Jahre alt, zur Ausbildung einer auch von den Angehörigen erkannten, wenn auch wie oft nicht voll erkannten Demenz. Trotzdem ist die Pat. daheim bis zu ihrem 34. Lebensjahr möglich. Erst zu dieser Zeit stellen sich stärkere psychotische Symptome ein, welche bis jetzt keine Tendenz zu dauernder Rückbildung zeigen, sondern bei persistierenden teils typisch epileptischen, teils hysterischen Anfällen nach kurzen, unregelmäßigen Ruhezeiten von höchstens zweimonatlicher Dauer prä- und postparoxysmal sich stets wieder bemerkbar machen. Die Anfälle treten hier in der Anstalt etwa achttägig, im besten Fall vierzehntägig auf, zum Teil gehäuft mit einem deutlichen bald stuporösen, bald manischen, sich über Tage erstreckenden Vorstadium, tragen meist typisch epileptischen Charakter (klonische und tonische Zuckungen, Zungenbiß, Bewußtseinsverlust), gelegentlich auch hysterischen. Es fehlt auch in der Zeit zwischen den Anfällen nicht an paranoiden Erscheinungen: Verfolgungsideen, Beachtungs-, Beziehungswahn. Dabei besteht deutlicher epileptischer Charakter. In ihren besseren Zeiten zeigt Pat. die bekannte übertriebene Freundlichkeit der Epileptiker. Auch das religiöse Moment ist da. Tagelang betet sie und läßt das Gebetbuch nicht aus der Hand. Ein bekanntes typisches Bild. In unserm Zusammenhang hier erwähnenswert ist



die Mannigfaltigkeit und der unregelmäßige Wechsel besonders der präparoxysmalen Erscheinungen, bald Stupor und Katalepsie, bald manische Euphorie. Auch depressive Stimmungen, obgleich weniger ausgesprochen als die manischen, kommen vor. Natürlich fehlt auch nicht die Reizbarkeit, die Unzufriedenheit, das Querulieren und sich Zurückgesetztfühlen der Epileptiker. Ebensowenig gelegentliche Zornausbrüche mit Aggressivität und Zerstörungsucht. Die Diagnose Epilepsie steht hier außer Frage. Die Verlaufsweise klingt hier und da an den zirkulären Typus an. Nach dem Anfall wird Pat. meist schnell klar. Bei dem engen Anschluß der (präepileptischen) Störungen an die Krampfanfälle, bei der Kürze der freien Intervalle, der ausgesprochenen Demenz der Pat., der sich auch in den freien Zeiten stärker als im Fall 7 geltend machenden epileptischen Verstimmung und Reizbarkeit, den stets nur für kurze Zeit aussetzenden Krampfanfällen erscheint das Bild des Falles 8 als ein ganz anderes als dasjenige des vorhergeschilderten Falles Frau G. Dennoch sind die Unterschiede für eine genauere Betrachtungsweise nicht so gar große. Auf beiden Seiten haben wir das für den Epileptiker bekanntermaßen charakteristische religiöse Moment, haben wir, auch im Fall 7, epileptischen Charakter. Gewiß im Fall 7 nicht so hochgradig entwickelt wie bei 8, zum Teil wohl, weil der ganze Krankheitverlauf in Fall 7 mit seinem fast 8 Jahre währenden Aussetzen der Krampfanfälle, mit seinen nur periodisch auftretenden psychischen Störungen eben ein leichterer ist. Aber die Frömmigkeit (Heilsarmee) ist da, die Reizbarkeit. geringer ausgesprochen als bei der dementen Frau B., fehlt nicht, scheint allerdings stärker nur zur Zeit der Menses hervorzutreten. Die Empfindung, verläumdet, zurückgesetzt zu werden, spricht besonders aus einem, an die Direktion der Anstalt im Januar 1908, also von draußen gerichteten Brief, in dem es unter anderem heißt:

„Bin um Jesu und der Heilsarmee willen jetzt einmal gezwungen, Ihnen, ein paar Zeilen zu schreiben, — so lange ich in der Anstalt Friedmatt als Patient war, werden Sie wissen, daß ich gegen Jedermann, treu u. wahr geredet u. gehandelt habe, u. Sie selbst erlaubten mir Zeugnis abzulegen über das, was Jesus an mir gethan, u. ich ohne etwa mich anrühmen zu wollen, nein gar nicht, that anstatt mich zu schonen arbeiten so viel ich nur konnte, u. u. war aber auch mit allem zufrieden — — u. nachher als ich wieder mein Brot selbst verdiente, wollte ich meinen Dank gegenüber der Anstalt u. dem Personal mit der That e h r l i c h



beweisen, indem ich aus meinem sauer verdienten Geld und aus Liebe zu den Kranken einmal ein Pfund Täfeli bei Schnurs Spezereihandlung Hammerstraße kaufte u. an die Oberwärterin Frl. St., schickte u. hie u. da eine Ansichtskarte, u. alle Wochen einen Kriegsruf, adressiert an Luise N., Patientin, Friedmatt, aber was habe ich geerntet? — Enttäuschung, Verläumdung aller Art, das ist die Ursache, warum ich Ihnen schreibe, schicken Sie sofort wann Sie etwas Unwahres oder Unehrliches gegen mich wissen Bericht an die Offiziere der Heilsarmee, im andern Fall sagen Sie Jener Dame, Sie soll sich hüten, denn ich bin geistig gesund, ich weiß was ich thu und schreibe.

In der Art, wie Pat. hier alle der Anstalt von ihr erwiesenen Guttaten aufzählt, mehr noch in dem früher schon mitgeteilten Brief (besonders in der Adresse am Kopf des Briefes) äußert sich auch jene bei Epileptikern oft in Erscheinung tretende von *Kraepelin* erwähnte Umständlichkeit, für die auch *Sommer* [43] sehr bezeichnende Beispiele gegeben hat, sehr gut. Im allgemeinen ist allerdings das Verhalten der Kranken ein freundliches, gutmütiges. Sie war entgegen dem gewöhnlichen Wesen der Epileptiker in ihren ruhigen und klaren Zeiten in der Friedmatt meist mit allem zufrieden, hetzte nicht, beklagte sich selten und zeigte den Ärzten gegenüber mehr eine übertriebene Dankbarkeit, so daß jener sonst typische Kontrast zwischen den frommen, gottgefälligen Reden und dem boshaft hetzenden, leicht in Zornausbrüchen explodierenden Wesen bei ihr nicht in Erscheinung trat. Beide Kranke zeigen dagegen übereinstimmend das Zurücktreten der sonst für epileptische Delirien typischen Angst. Ebenso fehlen im Fall 7 die typischen epileptischen Halluzinationen. Wir finden sie dagegen in dem nur kurz zu gebenden nächsten Fall, der wieder Echolalie, Sprechen in Reimen, Alliterationen usw. bei einem sonst typischen Bilde eines epileptischen Äquivalents bietet und eigentlich ebenfalls zu Gruppe I gehört.

Fall 9. — Clemens Z., 20. I. bis 11. IV. 1883 in der Friedmatt. 1846 geboren, Landarbeiter. Großvater mütterlicherseits und Bruder der Mutter litten an fallendem Weh, Pat. von jeher viel an Schwindel, ist ein uneheliches Kind, trinkt gern. Seit 14 Tagen vor der Aufnahme schlaflos, bekam Wutanfälle, fiel hier und da um, mußte ins Bett getragen werden. Erst seit einigen Tagen Klagen über Kopfweh, Gefühl von Klopfen und Wellenbewegungen im Kopf, weinte viel. Später sprach er verwirrt, alles erschien ihm bedeutungvoll, er sprach viel von früheren Erlebnissen, äußerte, das Haus müsse mit ihm verbrennen, man



komme ihn holen, hatte Angst. Schon 4 Wochen vorher hatte er nachts Furcht vor einem Ungeheuer, das er neben sich hergehen sah. Vor 18 Tagen soll er einen Schlag mit einem Dreschflegel auf den Kopf erhalten haben. Genauere Angaben über dieses Trauma fehlen.

Bei der Aufnahme hier verwirrt, ängstlich, sieht Feuer, Blut, große Quadersteine mit abgeschlagenen Ecken. Keine Fazialis- und Pupillendifferenz. 21. I. Für kurze Zeit fixierbar. Will sich plötzlich durchs Fenster stürzen, wird aggressiv, tobt. Ins Bad gebracht, peroriert er mit häufigen Alliterationen und Reimen, bildet sinnlose, neue Worte. 23. I. Noch ebenso. 25. I. Bei der klinischen Vorstellung deutliche Echolalie: wiederholt die Fragen und macht Reime dazu. 30. I. Macht noch immer viel Reime. 1. II. Klarer. Für die letzten Tage vor seiner Verbringung in die Anstalt besteht nur summarische Erinnerung. 2. II. Wieder erregt, reimt. 10. II. Reimt, spricht zwischendurch klar und zusammenhängend. Todesahnungen, Zweifel daran, daß er genesen könne. Nach manchem Auf und Ab des Zustandes am 11. IV. ungeheilt entlassen. Noch unter dem 10. IV. heißt es: Pat. weint viel und macht noch einen durchaus blöden, benommenen Eindruck. Diagnose: epileptisches Äquivalent.

Wenn der Fall sich auch nicht weiter verfolgen ließ, kann bei der ausgesprochenen epileptisch-hereditären Belastung (Vater der Mutter und Bruder der Mutter litten an Epilepsie) bei seinen Schwindel- und Wutanfällen mit „Umfallen", so daß er ins Bett getragen werden mußte, sowie bei dem ganzen Bild der Störung: Verworrenheit, Angst, typisch epileptische Halluzinationen (das Haus brennt, Pat. sieht Blut, Feuer) die Diagnose epileptisches Äquivalent nicht angefochten werden. Auch gehen die Schwindelanfälle, wie deutlich angegeben, dem Trauma vorher, so daß es sich hier doch um genuine Epilepsie gehandelt zu haben scheint. Diese Dinge wie Echolalie, Sprechen in Alliterationen und Reimen kommen also vor und können uns deshalb nicht veranlassen, bei Fall 7 deshalb allein schon an Katatonie zu denken.

Ich habe aber Fall 8 nicht nur der katatonieähnlichen Symptome wegen gegeben, sondern vor allem auch der bei ihr präparoxysmal auftretenden manischen Erregung halber.

Schon *Witkowski* [54] hat, wie bereits erwähnt, darauf aufmerksam gemacht, daß „freudigste, vollkommen maniakalische Stimmung mit echter Ideenflucht" bei epileptischer Geistesstörung vorkomme. Ebenso bringt *Saiz* [39] einen Fall von epileptischem Irresein, der unter der Form eines manischen Zustandbildes verlief. Fälle von zirkulärem epileptischem Irresein sind ferner von *Samt, v. Krafft-Ebing* [29], *Doutrebente* [10],

Hajos [22], *Mordret* [34] veröffentlicht. Endlich hat auch *Heilbronner* [23] einen Fall von Epilepsie mit interkurrenter Manie geschildert.

Heilbronner sagt, daß sein N. an echter, schwerer, genuiner Epilepsie leide, werde ihm wohl auch die kritischeste Nachprüfung zugeben, und fährt fort: „Auf der andern Seite wüßte ich nicht, wie man das Zustandbild, daß der Kranke im Beginn seines — zunächst ausschließlich zu besprechenden — fünften Anfalles in der Klinik geboten hat, anders bezeichnen sollte, denn als Manie." *Heilbronner* äußert sich weiter: „Ich glaube in der Annahme nicht fehl zu gehen, daß die Erkrankung ohne die epileptischen Anfälle wohl zur Gruppe der periodischen, oder, sofern dieser Ausdruck auf die in gleichmäßigen Intervallen verlaufenden Formen beschränkt werden soll, der rezidivierenden Manie, im Sinne *Kraepelins* unter das manisch-depressive Irresein gerechnet werden würde." Etwas, das ich genau ebenso für die maniformen Erregungzustände meines Falls 7 in Aufnahme 1, 3, 4 in Anspruch nehmen möchte. Es gipfeln dann *Heilbronners* Ausführungen in der Frage, ob, „wie *v. Krafft-Ebing* andeutete und neuerdings *Buchholz* eingehender ausführte", es sich in seinem Falle um eine zufällige Kombination von Epilepsie mit einer andern funktionellen Psychose handelte. *Heilbronner* entscheidet sich gegen die Annahme einer Kombination, meint, daß seine Beobachtung auch nach dieser Richtung hin eindeutig sei, weil die Psychosen seines N. sich jeweils in typischer Weise an Serien von epileptischen Anfällen angeschlossen haben. Man werde also nicht umhinkönnen, die Psychosen seines Karl N. andern „postepileptischen" Psychosen analog zu setzen. Eine andere Auffassung, etwa in der Art, daß die Psychosen, zu denen eine Disposition schon vorgelegen, jeweils nur durch die Anfälle geweckt worden seien, erscheint ihm als allzu künstlich, um ernsthaft diskutiert zu werden. *Heilbronner* lehnt also die Kombination ab.

Dem Ergebnis der Erörterungen *Heilbronners*, daß als epileptische Psychosen Zustände vorkommen können, die sich symptomatologisch zunächst nicht von der Manie unterscheiden, kann ich auf Grund meiner Fälle 7 und 8 nur beipflichten, wenn bei beiden die manischen Symptome auch nicht so stark wie in *Heilbronners* Fall ausgesprochen waren. Auch mein Fall 3 hat etwas ausgesprochen chronisch Manisches, bietet weit mehr das Bild einer Querulanten-Manie im *Specht*schen [44] Sinne als einer Querulantenparanoia. Fall 7 zeigt aber weiter noch, daß solche von einer Manie nicht unterscheidbaren Zustandbilder nicht nur als postepileptisches Irresein wie in *Heilbronners* Fall, sondern wahrscheinlich auch in Zeiten ohne Krampfanfälle als epileptische Äquivalente auftreten können, denn, wenn ich



es auch in bezug auf die zweite Aufnahme (1906) nicht sicher ausschließen kann, daß es sich damals, wie hier zu jener Zeit ja auch die Diagnose lautete, um einen hysterischen Dämmerzustand gehandelt haben kann, so spricht meiner Ansicht nach bei den Aufnahmen 1, 3, 4 (1903, 1908, 1909) doch nichts für die hysterische Natur dieser Zustände, so daß diese bei der für mich nachgewiesenen Epilepsie der Frau G. am ungezwungensten eben als epileptische Äquivalente aufzufassen wären. In Fall 8 dagegen treten ähnliche, wenn auch kürzer dauernde manische Zustandbilder präparoxysmal auf, worauf allerding *Binswanger* [3] schon längst hingewiesen hat.

Er erklärt aber die heitere psychische Aura erstens für selten, zweitens hat er dabei eben die Aura als ganz kurz währende, dem Anfall vorausgehende Zustände im Auge, während er eine euphorische Stimmung im Vorläuferstadium nicht erwähnt. Auch *Bresler* [4] spricht nur von einer leichten Euphorie „für mehrere Minuten“ als heitere Aura kurz vor dem Anfall bei einem Kranken und erwähnt von einem andern, daß er fast vor jedem Anfall etwa ¼ Stunde lang ausgesprochen heiter gestimmt war, Bewegungsdrang zeigte, lachte, Gesichter schnitt, Witze machte und dergleichen. *Kraepelin* [28] wiederum, auf welchen *Bresler* bei dieser Gelegenheit hinweist, spricht nur im allgemeinen über das anfallweise Auftreten expansiver oder ekstatischer Stimmungen, ohne über deren Verhältnis zum Anfall Genaueres auszusagen.

Dem gegenüber konnte ich nun bei meinem Fall 8 ein weit längeres, gleich dem stuporösen Vorstadium über mehrere Tage, wenigstens aber über halbe Tage und Stunden sich erstreckendes heiteres Vorläuferstadium konstatieren, welches regelmäßig mit einem epileptischen Anfall abschloß. Freilich konnte die Kranke auch in ihren ruhigen anfallfreien Zeiten guter Laune sein, begann sie jedoch derart zu schwatzen und zu lachen und, wenn sie außer Bett war, mit den andern Kranken kindisch umherzutollen, so kam nach geraumer Zeit stets der Anfall.

Ich möchte also annehmen, daß weder die in Fall 7 beobachteten als kataton ansprechbaren Zustandbilder noch die manischen an sich die Diagnose Epilepsie ausschließen. Ebensowenig tun es die in Fall 7 ebenso wie in Fall 8 konstatierten hysterischen Elemente.

Kraepelin [28] will auf Grund seines Standpunktes von einer Hystero-Epilepsie nichts wissen, sagt, zwischen einer Krankheit, welche auf einem schneller oder langsamer fortschreitenden greifbaren Erkrankungsvorgang der Hirnrinde beruht, eben der Epilepsie, und einer



andern, die wir (die Hysterie) als den Ausdruck einer eigenartigen, aber wesentlich unveränderlichen krankhaften Veranlagung betrachten, könne es keine wirklichen Übergänge geben. Auch *Raecke* [37] verneint es, bei der Differentialdiagnose zwischen Hysterie und Epilepsie die Beobachtung eines hysterischen Anfalls allein als ausschlaggebend gelten zu lassen, und sagt, entscheidend sei hier nur die Konstatierung eines typischen epileptischen Anfalls.

Die geistigen Störungen in Fall 7 sind jedesmal, von dem letzten, etwas protrahierten einmal abgesehen, kurzdauernd. Jedesmal tritt eine restitutio ad integrum ein, Pat. macht daheim wieder ihre Hausarbeit und ist auch im Beruf tätig; und wenn auch eine gewisse angeborene Minderwertigkeit sicher besteht, so kam es doch bisher nach einer Beobachtung von über 20 Jahren nicht zur Ausbildung einer fortschreitenden Demenz, wie wir sie bei Dementia praecox erwarten könnten. Auch fehlen eigentliche Manieren, fehlt Negativismus.

Ich schließe hier nun eine Reihe von Fällen an, die bei mehr oder minder sicheren Nachweis von Epilepsie, resp. mehr minder epilepsieverdächtigen Momenten dadurch wie durch die Art ihres Verlaufs in kurzen, mehrfach im Leben sich wiederholenden Anfällen von geistiger Störung vermuten lassen, daß es sich bei ihnen um epileptisches Irresein handelt.

Fall 10. — Dominik Zw., 1863 geboren, Zimmermann. Der Vater des Pat. starb an Alterschwäche, die Mutter war sonderbar, litt zeitweise an Depression und Erregungzuständen, ein Bruder der Mutter an Schwermut. Ein Bruder des Pat. ist ein Sonderling, 2 Kinder vom Bruder der Mutter sind geistig gestört in einer Anstalt.

Normale Entwicklung des Pat. Durchschnittliche Begabung. Bis zum 19. Jahre keine auffallenden Charaktereigentümlichkeiten. In jenem Alter wurde Pat. für körperlich untauglich zum Militärdienst erklärt, soll darüber sehr erbost gewesen sein, trank in sich hinein. Seitdem nicht mehr wie früher, reizbarer, aufgeregt. Begann mit seinen körperlichen und geistigen Fähigkeiten zu prahlen, wollte stärker sein als selbst ältere Kameraden. Duldete von seiner Umgebung kein Wort mehr wie: „Narr", „Dummer Kerl", wies derartiges mit Bibelsprüchen zurück, bekreuzigte sich zu Dutzenden von Malen hintereinander. Etwa ³/₄ Jahr nachher war er „ganz gestört", schlief nicht mehr, war sehr erregt, warf Sachen zum Fenster hinaus, tobte, sprach hochdeutsch. Vor der ersten Aufnahme in die Irrenanstalt (St. Pirminsberg) wurde Pat. in einer Nacht plötzlich unruhig, erregt, total verwirrt, zeigte große Angst oder war auch ausgelassen heiter. Drängte in ganz blinder Weise von daheim fort, wurde gegen die ihn zurückhaltenden Angehörigen gewalttätig. So die



ganze Nacht. Den folgenden Tag über schlief er bald, bald war er erregt, stets mehr minder verwirrt, schien dazwischen für kurze Zeit aber auch wieder klar und wußte dann von dem, was mit ihm in der Aufregung vorgegangen war, nur wenig. Am 7. November 1883 kam er in die Anstalt St. Pirminsberg. Bei der Aufnahme dort ruhig, zerfahren, benommen, gab Auskunft, aber nur langsam. War schwer besinnlich, hatte eine nur unvollkommene Erinnerung an die letzten Ereignisse. So 3 Tage lang. In der Nacht 10./11. IX. schrie Pat. plötzlich auf, sprang aus dem Bett, packte den Wärter, schlug wie toll um sich, war total verwirrt, schrie, schimpfte. Nach ¼ Stunde Beruhigung, schlief darauf den Rest der Nacht fest. Früh benommen, totale Amnesie, zeigt zerfahrenes Wesen. Saß den ganzen 11. träg, benommen da. Wurde dann wieder freier, hatte aber keine Arbeitlust, war gereizt. Keine Wahnideen und Halluzinationen (? Verf.). 23. Sept. Fleißig, lenksam. (Unter Brommedikation). 4. Oktober 1883 entlassen. Diagnose: Epileptisches Irresein.

Daheim arbeitete Pat. wieder und erschien normal. Dieses freie Intervall dauerte 1 Jahr. Dann traten ohne äußere Veranlassung wieder Erregungzustände auf. Pat. selber machte jeweilen seine Umgebung darauf aufmerksam, daß er zornige Aufwallungen kommen fühle, und warnte sie. Er bat seine Angehörigen, ihn zu binden. Diese „Wutanfälle" dauerten jeweils 15—20 Minuten und wiederholten sich während 4 Wochen täglich etwa 2 bis 3 mal. In den Zwischenpausen schlief Pat. oder sprach, wenn er wach war, verwirrt, war zeitweise aber auch wieder klar. Diese Anfälle wiederholten sich, ohne daß Pat. in eine Anstalt kam, bis zum 27. Altersjahr, also bis 1890 jährlich einmal jeweilen in einer Dauer von 4—5 Wochen. Pat. wurde bei diesen Wutanfällen wirklich ans Bett gebunden. Von 1890 an blieben diese Störungen aus. Erst einige Wochen vor der Aufnahme in die Friedmatt (5. IV. 1897) fiel Pat. seiner Umgebung wieder durch eine gewisse Leichtlebigkeit auf, welche zu seiner sonstigen Sparsamkeit und Solidität in deutlichem Gegensatz stand. Etwa 10 Tage vor der Aufnahme reiste Pat. plötzlich von daheim, borgte einen Schwager, der an anderm Ort wohnt, an, wollte sich in St. Gallen eine Liebste holen, warf bei dem Schwager nachts Sachen zum Fenster hinaus, gab nächsten Tags bei verschiedenen Gelegenheiten unsinnige Trinkgelder, schlug in Winkeln eine Scheibe ein und wurde endlich polizeilich in das Kantonspital in St. Gallen gebracht. Dort Stimmung sehr gehoben, Gedankenablauf durch immer wieder sich einstellende Größenideen gestört. Sehr unruhig, klopft beinahe stundenlang gegen die Zellenwand, zerreißt sein Hemd, uriniert in die Speisen, will sie gleichwohl genießen. Sinnestäuschungen sehr wahrscheinlich. Pat. hält sich für sehr stark, könne die Zellenwände mit Leichtigkeit durchbrechen, sei ein zweiter Messias, und andre Größenideen. So der Bericht von dort. Diagnose: epileptisches Irresein. 5. IV. 1897 direkt aus dem Kantonspital St. Gallen in die Friedmatt aufgenommen.



Pat. ist ruhig, geordnet, zeitlich und örtlich orientiert, äußert, als er in Winkeln die Scheibe zerschlug, habe er einen Rausch gehabt. Keine Amnesie. Kein Tremor. Pupillen o. B. Eine kleine Sugillation in der Konjunktiva des linken Auges. Urin, Reflexe o. B. Hier bietet Pat. nichts Besonderes mehr. Kopfweh, Schwindel, epileptische Anfälle werden negiert, auch hier nichts Derartiges beobachtet. Zuletzt wird Pat., der sich hier zuerst ruhig verhielt, ungeduldig, drängt auf die Entlassung hin, zeigt rohes Benehmen, neckt und plagt gern und viel die schwächeren Kranken, hält sich zu den Unzufriedenen. 20. III. 1897 entlassen. Diagnose: Mania periodica, Dipsomanie.

3. Januar 1901 Wiederaufnahme in St. Pirminsberg. Pat. erhob am 9. XII. 1900 Ersparnisse in der Höhe von 600 Fr., schenkte einer Kellnerin eine Pelzmuff, 14 Tage darauf einer andern Uhr und Schuhe, machte beiden Heiratanträge, erhielt aber jedesmal einen Korb. Am 30. XII. verreiste er in den Kanton Zürich, verschenkte Geld, an zwei Kameraden je 100 Fr., brachte im ganzen 400 Fr. durch. War in der Zwischenzeit ruhig, fleißig, solid gewesen, singt, lacht, zerstört jetzt. Ist stark sexuell erregt, will stets heiraten, äußert geschlechtliche Wahnideen (genauere Angaben fehlen), auch wieder Größenideen: sieht gut in die Welt hinein, es wird durch ihn einen großen Krach geben. Bei der Aufnahme am 3. I. 1901 ruhig, orientiert. 4. I. Kein Krankheitgefühl, keine Krankheiteinsicht, gereizt. 13. I. Weniger gereizt, Schlaf besser. 25. I. Ohne eigentliche Krankheiteinsicht. 8. II. Entlassen. Diagnose: Mania periodica.

Es fehlen bei Dominik Zw. Schwindel- oder Krampfanfälle, Kopfweh. Wir haben eine schwere erbliche Belastung: Mutter, Mutterbruder, zwei Geschwisterkinder der Mutter geisteskrank, Bruder Sonderling, aber nicht in einer Weise, welche für Epilepsie charakteristisch wäre. Mit 20 Jahren, nachdem Pat. schon etwa ein Jahr lang vorher ein verändertes Wesen zeigte, reizbarer, erregter wurde, gleichzeitig auch erhöhte religiöse Neigungen sich bemerkbar machten, setzt die erste geistige Störung ein, welche Pat. im September 1883 nach St. Pirminsberg führt. Das Symptomenbild ist kein manisches: Pat. ist bei der Aufnahme benommen, schwerbesinnlich, kann sich nur unvollkommen an die letzten Ereignisse erinnern. In der Anstalt ein nächtlicher Wutanfall mit nachfolgendem festen Schlaf, ohne daß die Krankengeschichte erwähnt, es seien etwa Mittel gegeben worden, Amnesie am nächsten Morgen und Stupor während des Tages. Diese Beobachtung scheint mir einen Mischzustand, an den man sonst wohl denken könnte, auszuschließen. Das ganze Bild scheint vielmehr das eines schweren Delirs zu sein,

und deshalb wurde auch wohl in St. Pirminsberg epileptisches Irresein diagnostiziert. Es folgt der Entlassung ein freies Intervall von einem Jahr. Dann treten von 1884 bis 1890 eigentümliche, jährlich einmal sich wiederholende, leider nicht so genau, wie wünschenswert, beschriebene Störungen auf, die jedesmal 4 bis 5 Wochen dauern und sich hauptsächlich durch 15 bis 20 Minuten währende, täglich 2 bis 3 mal ausbrechende Wutanfälle auszeichnen. Pat. fühlt das Kommen dieser Zustände vorher, so daß er seine Angehörigen warnen und selber verlangen kann, gebunden zu werden. In den Pausen zwischen diesen Wutanfällen schläft Pat. oder ist verwirrt, zeitweise auch wieder klar. Wir dürfen vermuten, daß diese Wutanfälle jenem glichen, der in der Nacht vom 10. auf den 11. September 1883 in St. Pirminsberg beobachtet wurde, der mit einem initialen Schrei begann, und dem Schlaf und Stupor am nächsten Morgen folgten. Daß Pat. auch nach den Wutanfällen daheim schlief, ist direkt berichtet, über Amnesie aber leider nichts gesagt. Dagegen ist angegeben, daß nach solchen Anfällen Pat. Wechsel zwischen Verwirrtheit und (jedenfalls relativer) Luzidität zeigte, Zustände, wie wir sie ähnlich in meinem sicher epileptischen Fall 1 gefunden haben. Ebenso in Fall 4. Diese Serien von Wutanfällen mit einer Dauer der Serie von etwa 4 Wochen und 2 bis 3 Anfällen am Tag sollen jährlich nur einmal aufgetreten sein. Es findet sich, was mit dem Zeitraum von 1884 bis 1890 übereinstimmen würde, in der bei der Aufnahme in die Friedmatt erhobenen Anamnese die bisher noch nicht erwähnte Angabe, daß sechsmal solche Serien daheim aufgetreten seien. Von 1890 an bleiben ohne ersichtliche Ursache diese Störungen aus, und nach einem angeblich von allen psychotischen Erscheinungen freien Intervall von 6 bis 7 Jahren beginnt etwa im März 1897 eine neue geistige Störung, welche wie diejenige, die zur ersten Aufnahme in St. Pirminsberg führte, sich langsam vorbereitete und dann plötzlich in heftiger Weise ausbrach. Im Kantonspital St. Gallen, wohin Pat. zuerst übergeführt wird, diagnostiziert man, jedenfalls mit Kenntnis der St. Pirminsberger Diagnose, ebenfalls epileptisches Irresein. Die Symptome, welche Pat. dort bot, könnten die einer schweren Manie mit Verworrenheit sein: gehobene Stimmung, psychomotorische Unruhe, Größenideen, sexuelle Erregung, impulsive Akte, Symptome eines deliranten Verworrenheitzustandes, von denen,



wie früher erwähnt, *Pilcz* betont, daß sie auch in Fällen, die sonst einen Schulfall von periodischer Manie darstellen, plötzlich einmal auftreten können, und die dann schwer von den Anfällen psychischer Epilepsie zu unterscheiden sind. Bei der sich nun anschließenden Aufnahme in die Friedmatt ist Pat. schon wieder ruhig. Es wird hier ausdrücklich konstatiert in der Krankengeschichte, daß keine Zungennarben vorhanden sind, auch Pupillen- (und wie es scheint) Fazialisstörungen fanden sich nicht, wohl aber eine kleine Konjunktivalblutung, mit welcher jedoch für uns auch nicht viel zu machen ist. Epileptische oder epileptoide Elemente ließen sich nicht eruieren, Pat. wußte nichts von Schwindel, Kopfweh und dergleichen. Auch der Bericht des St. Galler Kantonspitals sagt: „Keine eigentlichen epileptischen Anfälle.“ Jene erwähnten Wutanfälle mit ihrem meiner Ansicht nach für Epilepsie doch recht charakteristischem Ablauf scheinen hier damals nicht nach dieser Richtung hin imponiert zu haben, so daß die Diagnose hier periodische Manie lautet. Immerhin der Sachlage nach eine Diagnose ohne eigene Beobachtung des ja schon bei der Aufnahme abgelaufenen Zustandes, denn hier in der Friedmatt ist Pat. von Anfang an ruhig und zeigt erst kurz vor der Entlassung Ungeduld, rohes Wesen, Neigung, die schwächeren Mitpatienten zu drangsalieren, Angaben, welche für mich nicht genügen, um daraus auf epileptischen Charakter zu schließen. Reizbarkeit und Jähzornigkeit betont freilich auch der Arztbericht für die zweite St. Pirminsberger Aufnahme, welche der hiesigen nach etwa 4 Jahren, Januar 1901, folgt. Dagegen fügt die damalige hiesige Diagnose der periodischen Manie noch D i p s o m a n i e hinzu. Ich muß annehmen, daß für den damaligen Beobachter irgend welche Unterlagen vorhanden waren, welche diesem Zusatz Berechtigung gaben. Leider findet sich aber in sämtlichen Krankengeschichten nichts darauf Hinzielendes verzeichnet. Immerhin aber ist erwähnenswert, daß auch in diese Diagnose der Friedmatt von 1897 wieder ein Moment hineinkommt, das heute nach *Gaupps* Untersuchungen auf Epilepsie hinweist.

Von 1897 bis 1901 soll Pat. wieder gesund gewesen sein. Von den uns besonders interessierenden früheren Wutanfällen erwähnt die zweite St. Pirminsberger Krankengeschichte nichts mehr. Das symptomatische Bild, welches Pat. bei der zweiten St. Pirminsberger Aufnahme bot, deckt sich mit demjenigen, das Pat. 1897 im St. Galler



Kantonspital zeigte: gehobene Stimmung, psychomotorische Unruhe, sexuelle Erregung, Gereiztheit, Größenideen. Die Diagnose schließt sich diesmal derjenigen der Friedmatt an, lautet also: periodische Manie.

Wir haben in Fall 10 drei ausgesprochene Anfälle von Geistesstörung, welche den Pat. in eine Anstalt führen, von denen die erste weniger, die beiden andern mehr den Charakter einer schweren Manie mit Verworrenheit tragen, Zustandbilder, die sich nur schwer von dem Bild eines epileptischen Delirs abgrenzen lassen. Auf Grund der Beobachtungen von 1883 wird dem ganzen Bild nach und wohl zum guten Teil mit Rücksicht auf den psychischen Anfall in der Nacht vom 10./11. September 1883 mit darauf folgendem festen Schlaf und Stupor am nächsten Tage sowie Amnesie am Morgen in St. Pirminsberg epileptisches Irresein diagnostiziert. Nun bleibt Pat. ein Jahr lang gesund, und dann kommen jene Wutanfälle in Serien mit einer Art Aura, da Pat. sie doch stets kommen fühlt und seine Leute warnen kann, und (wie wir in Analogie mit dem in St. Pirminsberg beobachteten Anfall wohl annehmen dürfen) ebenfalls Amnesie, jedenfalls aber nachfolgendem Schlaf und Zuständen, die einen (und jedenfalls raschen) Wechsel von Verwirrtheit (Stupor?) und Luzidität zeigen und kaum anders als psychisch-epileptische Zustände aufzufassen sind. Wutanfälle bei Epileptikern sind bekanntermaßen etwas häufiges. Solche Wutanfälle, in Serien nun noch gar, durch etwa 4 Wochen mit 2 bis 3 Attacken am Tag, von Schlaf oder Verwirrungzuständen oder Stupor gefolgt, welcher Art können sie anders sein als epileptischer? Katatonische impulsive Akte pflegen keine solche Regelmäßigkeit zu zeigen, so ausgesprochene Periodizität, wie denn auch sonst im Fall 10 so gut wie nichts für Katatonie spricht. Ich glaube also trotz des Fehlens von körperlich-epileptischen Erscheinungen Fall 10 als für im höchsten Grade wahrscheinlich epileptisch erklären zu können.

Auf noch sichererem Boden als in Fall 10 befinden wir uns bei dem nächsten Kranken.

Fall 11. — Str., Heinrich, geb. 1842, wird am 20. September 1880 zum ersten Male in die Friedmatt aufgenommen. Mutter rückenmarkleidend. Pat. von Jugend auf etwas nervös und reizbar, Siebenmonatkind. Im 17. Jahre (1859) erste Anfälle von Geistesstörung mit „Größenwahn". Verbrauchte viel, hielt sich für reich, spielte den großen



Herrn. 1864 als Student in Deutschland Typhus mit neuerlicher Geistesstörung. Ebenso III. und IX. 1879. Dauer stets nur 1 bis 3 Wochen. Genaueres unbekannt. 1879 auch starke Konvulsionen. Ertrug nie Alkohol. Litt an Kongestionen zum Kopf. Von Beruf Architekt. 1 Jahr vor der Aufnahme hier, also 1879 und wohl mit der vorhin schon erwähnten Störung sich deckend, ein leichter Anfall von psychischer Störung: Pat. redete irre, hielt sich für verlobt, beging sonderbare Handlungen, warf in seinem Zimmer alles durcheinander. Zustand dauerte damals 2 bis 3 Wochen, löste sich allmählich. Später wieder einige Male aufgeregt und sonderbar, besonders, wenn er mehr getrunken hatte. Beginn der zur Aufnahme in die Friedmatt führenden Störung etwa 8 Tage vorher: wurde aufgeregt, sprach viel, gestikulierte, gab verworrene Antworten. Die Erregung steigerte sich, am 20. IX. 1880 begann Pat. zu toben, zerstörte. Äußerte Verfolgungsideen; man verkenne seine Verdienste. Pat. war immer mäßig, solid, in Gesellschaft etwas scheu, hatte auch in seinen guten Zeiten öfters die Meinung, man verkenne ihn, kenne seine Verdienste nicht an. Pat. war auf dem Wege in die Friedmatt sehr unruhig, widerstrebend, mußte von vier Leuten gebracht werden. Hier ruhig, still. Es wurden häufige Zuckungen im Gesicht beobachtet. Weiß hier, daß er draußen eine Scheibe zerbrach, will hinaus, um seinen Verfolgern zu entgehen. Schon in Z., seinem Wohnort, habe man ihn verfolgt, er sei hierher entflohen, aber auch hierher sind seine Verfolger ihm nachgekommen. Alle, die ganze Welt verfolgt ihn. Ist unruhig im Bett, spricht vor sich hin. Größenideen: er ist Menzikoff, berühmter Mann, General. Weiß alles allein richtig, alle andern machen nur dummes Zeug. Seine Reden sind ein Gemisch von allen möglichen Begebenheiten des öffentlichen Lebens. Er bringt sie auf die sonderbarste Art zusammen und alle in Beziehung zu sich. Wird verkannt, verfolgt. Bewußtsein benommen; es fällt ihm nicht auf, wo er ist, wer um ihn ist. Hat offenbar schreckhafte Halluzinationen, liegt öfters still und in sich versunken. 22. IX. Nacht unruhig. Dämmerzustand. Massenhafte Halluzinationen. Männer waren da, die ihn geschlagen haben. Ist beständig in Angst. Am Nachmittag Konvulsionen mit tiefer Bewußtseinstörung. (Nicht genauer beschrieben.) 23. IX. Angst. Ist wieder geschlagen worden. Draußen warten sie auf ihn, wollen ihn vergiften, töten, amputieren. Eine Menge Menschen dagewesen. Sieht an der Decke Geigen, Maschinen. 24. IX. Hier und da leicht zuckende Bewegungen in den Armen. 25. IX. Wieder malträtiert worden, ängstlich. Sensorium freier, spricht zwischendurch verständig. 26. IX. Sichtlich klarer. Verfolgungswahn mit den Halluzinationen abgeblaßt. Aber noch Wahnideen: die Stadt Z. müsse verschüttet sein. Zeitlich jetzt so ziemlich orientiert, weiß, wann er von Z. abreiste, wann er hierherkam. Oberflächliche Krankheiteinsicht. 27. IX. Dämmerzustand löst sich. Es kommt dem Pat. manches noch sonderbar vor. 28. IX. Keine Wahnideen

und Halluzinationen mehr. 29. IX. Krankheiteinsicht. Erinnerung bis zu seiner Ankunft in Basel ziemlich gut. Auch jetzt glaubt er noch, daß er in Zürich Feinde habe, die ihm übel wollen, ihn um seine Stellung zu bringen suchen. Jetzt, wo er hier in der Irrenanstalt ist, haben sie einen neuen Anhaltpunkt für ihre Angriffe. 3. X. Ganz klar, aber Verfolgungsideen tauchen noch immer wieder auf. Erinnerung bis zur Ankunft in Basel ziemlich gut, dagegen weiß Pat. über die ersten zwei Tage in der Anstalt fast gar nichts mehr. 14. X. Abends etwas erregt, sei eingesperrt. Keine richtige Beurteilung seiner Krankheit. 26. X. Entlassen. Immer noch leicht befangen und menschenscheu.

1890 neue Störung. Unbekannt wo und wie abgelaufen.

2. Aufnahme 3. September 1898. Beginn vor 8 Tagen. Pat. folgt widerstrebend auf die Abteilung, ist laut, unruhig, hat Angst. Halluziniert. Stat. praes. bietet nichts Besonderes. Hyperästhesie der Haut etwa erwähnenswert. Schon einfache Berührungen werden schmerzhaft empfunden. (Ebenso bei der 1. Aufnahme.) Bewußtsein in bezug auf Zeit, Ort, eigene Person getrübt. Sprache hastig, Pat. stößt in kurzen Absätzen die Worte ruckweise heraus (1. Aufnahme: Sprache ist hastig, stoßweise abgebrochen). Pat. friert trotz des warmen Herbsttages während der Untersuchung. (1. Aufnahme: Pat. friert im Bett, hüllt sich fröstelnd ein, im Bad bei 29°, ebenso im Bett, wenn er bis oben zugedeckt ist.) 5. IX. Pat. müsse in Zürich den Bismarck (1. Aufnahme: Menzikoff) spielen. Es muß dort einer den Narren machen, damit die Aktien nicht zu sehr fallen. Im übrigen habe Pat. in Z. etwas gebummelt, in den Wirtschaften herumgesoffen. Meint, jetzt sei wenigstens sein Dreck durch das hier empfangene Bad etwas heruntergewaschen. In Z. habe er nicht zuviel kalt gebadet. Das kalte Wasser mache ihm Schüttelfrost. Zudem werde man in den Badeanstalten immer bestohlen. Körperlich sei ihm wohl, doch würde ihm eine Schmierkur gegen die Krätze nicht schaden. Nacht war ruhig. Pat. ist unklar, verworren im Urteil, unstät, abspringend in seinem Ideengang, halluziniert. 7. IX. Personenverwechslung. Glaubt einen Bandwurm zu haben, spürt ihn. Abgesondert, wortkarg. 8. IX. Morgens müde, abgeschlagen. Entschieden klarer. 1. X. Geheilt entlassen. Diagnose der 2. Aufnahme: Akute hallucin. Verwirrtheit, der 1.: Epileptisches Äquivalent.

Die epileptischen Antezedentien des Falles sind gering. Immerhin berichtet die Anamnese von starken Konvulsionen im Jahre 1879. Dann werden hier in der Anstalt am 22. September 1880 Konvulsionen mit tiefer Bewußtseinstörung beobachtet, ferner Zuckungen im Gesicht, Zuckungen der Arme. Die Krankengeschichte spricht von einem Dämmerzustand gleichfalls am 22. September, der aber ebenso wie der Krampfanfall leider nicht genauer beschrieben ist. Nehmen wir dazu, was Pat. während der beiden Aufnahmen hier bot: deutlich

getrübtes Bewußtsein mit dauernder Amnesie für die beiden ersten Tage seines Aufenthalts hier, Größenideen in Verbindung mit Angst, überhaupt ängstliche Delirien ganz nach *Samt*schem [40] Programm, dann die kurzdauernden psychischen Störungen (1 bis 2 Wochen) von 1859, 64 (sich an Typhus anschließend) März und September 1879, endlich 1880 (etwa 4 Wochen), 1890, 1898 (3 bis 4 Wochen), vergegenwärtigen wir uns die starke Übereinstimmung der beiden in der Friedmatt beobachteten Anfälle, die jedenfalls noch drastischer wirkte, wenn die zweite Krankengeschichte etwas ausführlicher wäre, so dürfte die Diagnose von 1880 wohl berechtigt erscheinen, notwendigerweise dann aber auch auf den Anfall von 1898 anzuwenden sein.

Auf Veränderungen der Sprache, welche unser Pat. übereinstimmend bei beiden Aufnahmen zeigte (beide Krankengeschichten von verschiedenen Autoren schildern dies mit fast den gleichen Worten) hat mit andern schon *Fürstner* [17] aufmerksam gemacht. Allerdings spricht er von postepileptischen Symptomen, erwähnt als weitaus am häufigsten Bradylalie oder Bradyarthrie, verlangsamte, angestrengte monotone Aussprache der Silben und Worte, während bei unserm Kranken dies Symptom als Teilerscheinung eines epileptischen Äquivalents auftritt. Auf jeden Fall haben wir in Fall 11 so ziemlich alles, was *Samt* für ein epileptisches Äquivalent verlangt, und dieser Fall ist nur geeignet, seine Aufstellungen zu bestätigen. Wenn man solche Fälle nicht als epileptische Äquivalente gelten lassen will, wird man diese Diagnose nur machen dürfen, wo man diesen gleichen doch recht charakteristischen Symptomenkomplex mit zu anderer Zeit auftretenden Krampfanfällen vergesellschaftet findet. Da es doch aber feststeht, daß es nicht in jedem Fall von Epilepsie zu voll ausgebildeten Krampfanfällen kommen muß, so wird man doch wohl auch Fälle nach Art des Heinrich Str., wo immerhin Erscheinungen gegeben sind, welche nach unserer Erfahrung für den voll ausgebildeten Krampfanfall eintreten können, bei dem Charakteristischen des ganzen Bildes für epileptisch gelten lassen müssen.

Es folgen jetzt einige Krankengeschichten, welche auf Epilepsie hinweisende Elemente nicht vermissen lassen, jedoch in verschiedener Ausbildung zeigen. Am unsichersten ist wohl der nächste Fall.

Fall 12. — Albert H., 1870 geboren. Anscheinend keine Heredität. In der Schule sehr gut. Pat. näßte Herbst 1885 und Frühling



1886, also fünfzehn bis sechzehnjährig, während mehrerer Wochen das Bett. Sommer 1886 viel Kopfweh. Bis Juli 1886 weder aufgeregt noch jähzornig. Trank nicht. Am 21. Juli 1886 in die Züricher psychiatrische Klinik aufgenommen. Seit 2 Tagen maniakalisch erregt. Gesichts-, Gehörshalluzinationen, es stinkt überall. Nahrungverweigerung. Psychomotorisch sehr erregt. Starrer Blick. Schlägt sich, spuckt, wälzt sich auf dem Boden, gibt keine Antwort, singt. Durchaus unorientiert. Personenverwechslung. Nach einigen Tagen ruhiger, ißt regelmäßig, ist jedoch noch ideenflüchtig, schwatzhaft, verwirrt. Nach einem längeren Schlaf am 27. VII. fast vollkommen klar. Noch immer Verfolgungswahn gegen seine Mitschüler. 15. VIII. Deprimiert, weint. 16. VIII. Dasselbe Bild wie bei der Aufnahme. 20. VIII. Klar, ruhig, geht zur Arbeit. 8. IX. Wieder maniakalisch wie anfangs. 14. IX. Deprimiert, weinerlich. 16. IX. Wieder auf Arbeit. 15. IX. Gebessert entlassen. Diagnose: periodische Manie?

2. Aufnahme: 22. Januar 1889. Seit Neujahr besonders leicht erregbar, seit 2 Tagen aufgeregt, schimpfte, schlief schlecht. Seit dem 22. früh verwirrt, begann zu toben, wurde gewalttätig, zerstörte. Keine Epilepsie. Weder Halluzinationen noch Illusionen bemerkt; teilweise Krankheiteinsicht. Soll daheim mit zunehmendem Mond Tobsuchtanfälle gehabt haben. In der Anstalt: in beständiger Bewegung, singt, spricht durcheinander, jauchzt, lacht, pißt andere an, unrein. Am 28. vormittags plötzlich ruhig und klar. Vollständige Krankheiteinsicht, habe geglaubt, sich gegen Feinde wehren zu müssen. (Also auch wohl Angst? Verfasser.) 8. II. Abends starker Kopfschmerz. 9. II. Wieder erregt. 15. II. Plötzlich klar, bittet um Entschuldigung. 20. IV. Andauernd geordnet. Entlassen.

Friedmatt: 1. Aufnahme: 24. Oktober 1894. Polizeilich gebracht, lärmt. Nur im Anfang der Nacht unruhig, singt, pfeift, drängt zur Zelle hinaus. Gibt am Morgen keine Antwort. 25. X. Wie gestern, zerriß. Grimassiert. 26. X. Ebenso. Unzugänglich, unrein. 28. X Freundlich, steht Rede, weiß, wo er ist, weint, gibt noch für die letzte Nacht Gehörshalluzinationen zu. Erinnert sich dunkel, die Ärzte in den letzten Tagen gesehen zu haben. 29. X. Ruhig, matt. 10. XI. Seit gestern mißgestimmt, weil er nicht entlassen wird. Schimpft, läuft auf dem Korridor auf und ab. Entlassen.

Wiederaufnahme: 15. Dezember 1894. Polizeilich gebracht. Zustand wie das erstemal. 16. XII. Ins Burghölzli übergeführt. Diagnose: Tobsucht auf Grund chronischer Paranoia.

Im Burghölzli diesmal 25. Januar 1895 entlassen. Dann noch fünfmal, im ganzen also achtmal, dort aufgenommen: 28. XII. 1896 bis 10. I. 1897; 27. XI. bis 3. XII. 1897; 23. XII. 1897 bis 20. I. 1898; 3. II. bis 1. III. 1898; 10. IV. bis 8. VI. 1902. Während es in der Krankengeschichte von 1886 an einer Stelle heißt: „Die weiten Pupillen, die schwere Ver-

wirrtheit, das brutale Auftreten, das Bettnässen (nur in der Anamnese. Verf.). könnten auf akutes epileptisches Irresein hinleiten", lautet die Diagnose stets Manie resp. periodische Manie. 4. Aufnahme: Gehobene Stimmung, Kapriolen. Schon am 3. Tag ruhiger. Kam gebunden in die Anstalt. 5. Aufnahme: Von Kantonpolizisten gebracht. Sehr euphorisch, schwatzt, lacht, keine Ideenflucht, stellte sich der Polizei, behauptete, er habe einen Mord begangen. Nach 3 Tagen ruhig, einsichtig. 6. Aufnahme: Von Polizisten gefesselt gebracht. Erregt, aggressiv, gibt nicht Antwort, schweigt, fideler, munterer Gesichtsausdruck, etwas starrer Blick, lacht hier und da. Nach 3 oder 4 Tagen ruhig. Dann im April in der Anstalt als Maler angestellt. Bald wieder erregt, läuft am Ende davon. 8. Aufnahme: Draußen 1899 Rückfall beim Tode der Mutter. Erst melancholisch, dann manisch. Dauer des Anfalls 3 Tage. Damals 14 Tage in der Anstalt Kilchberg bei Zürich. Seitdem kein Rückfall, doch von Zeit zu Zeit nach 4 bis 8 Wochen 10 Tage und länger, angeblich bis selbst zu mehreren Wochen dauernde Kopfwehperioden. 1902 dann noch einmal wieder mit gleichen Symptomen (eben zum 8. Male) im Burghölzli aufgenommen, seitdem nicht wieder.

Über Heredität ist in Fall 12 nichts Belastendes bekannt. Wir haben 11 Anstaltaufnahmen in den Jahren 1886 bis 1902, alle von kurzem Verlauf. Pat. war 1885/86 während mehrerer Wochen Bettnässer; dieser Umstand wie die schwere Verwirrtheit, das brutale Auftreten des Pat. lassen den Beobachter von 1886 im Burghölzli an ein epileptisches Irresein denken. Auch die späteren Aufnahmen fügen diesen Momenten noch etwas hinzu: die in der Anamnese von 1902 erwähnten Kopfwehperioden, die wir ganz ähnlich so in meinen sicher epileptischen Fällen 4 und 5 hatten. Auch die Gewalttätigkeit des Pat. bleibt immer die gleiche; fast jedesmal wird er durch die Polizei und oft gefesselt in die Anstalt gebracht. Auch daß Pat. sich vor der fünften Aufnahme ins Burghölzli der Polizei mit der Angabe stellt, er habe einen Mord begangen, ist in diesem Zusammenhang erwähnenswert. Auffallend ist mir für einen Maniacus auch der schnelle Wechsel zwischen Ruhe und Erregung, das plötzliche Klarwerden des Pat. (zweite Aufnahme im Burghölzli), aber bei dem Fehlen einer für Epilepsie typischen erblicher Belastung und anderer sicher für Epilepsie sprechender Momente, muß es dahingestellt bleiben, ob hier ein epileptisches Irresein vorliegt.

Fall 13. — Eugen G., 1854 geboren. Keine Heredität bekannt. Normale Entwicklung, gesund bis zum Militärdienst. Damals, 1875, eine



ähnliche Störung wie die späteren, hatte ein Gefühl von Hitze im Kopf. begann zu trinken, hatte Gesichts- und Gehörshalluzinationen, sah den Teufel, die Mutter Gottes. Dauer 6 Wochen. Genesung. Seit weniger als 8 Tagen nach Schnapsgenuß (Pat. ist dem Alkohol nicht abgeneigt) Hitzegefühl im Kopf, Schlaflosigkeit, Unruhe, ängstliche Halluzinationen. 9. XII. 1879 in die Friedmatt aufgenommen. Stat. praes.: r. Pupille weiter als l., leichter Tremor der Zungenmuskulatur, ebenso der Hände. Kopf sehr rot. Pat. ist anfangs ruhig. Sprache saccadiert. Dann wird Pat. erregt, lacht, singt, spottet, neckt. 10. XII. klar, erkennt den Arzt, später wieder unruhig, macht allerhand Gesten. Abends wieder ruhig. 11. XII. Angst. Sieht den Teufel, heute mit roter Kappe. Der gleiche Wechsel. 18. XII. Ebenso. Knirscht mit den Zähnen, grimassiert. Halluziniert. 22. XII. Sprache stoßweise. Zähneknirschen. Kontraktionen in beiden Faciales. 27. XII. Sehnenreflexe gesteigert. Zuckungen im Fazialisgebiet. Sakkadierte Sprache. 29. XII. Sonderbare Stellungen. 31. XII. Gestern klar. Heute nachmittag erregt, weint, fühlt, daß man ihn im ganzen Körper anstößt. 5. I. 1880. Übelkeit, Stechen im ganzen Körper, antwortet nur kurz. 6. I. Fühlt sich wie versteinert. Kopf rot. 8. I. Weiß, wo er ist, dagegen nicht, wie lange er hier ist. 10. I. Halluziniert. Starrer Blick. 13. I. Froh, vergnügt, antwortet leicht. 17. I. Spricht mit niemandem, scheint ganz abwesend. 27. I. Kopf gerötet. 1. II. Immer wieder in raschem Wechsel erregt, spuckt viel, Gehörs- und Gesichtshalluzinationen. 2. II. Vorübergehend oft leichter Strabismus convergens. Grimassiert. 5. II. Sehr unruhige Nacht. Laut, aggressiv. 6. II. Zähneknirschen. Stirnmuskel jeden Augenblick kontrahiert. Gesichtsmuskulatur fortwährend in Bewegung, einmal rechts, einmal links, manchmal im ganzen Gesicht. Kopf rot. Kurze Antworten. Streckt oft Arme und Beine. Unfolgsam, treibt Unfug. 9. II. Immer wieder erregt. Alle Gesichtsmuskeln in Bewegung. Singt, pfeift. 15. II. Grimassieren seltener, etwas benommen. 17. II. Kann keine andere Ursache für sein früheres Treiben angeben, als daß er zum Grimassieren gezwungen war. Weiß nicht, in welchem Jahr wir leben. 12.—21. II. Nächte gut. Steht stundenlang mit starrem Blick gedankenlos da. Weiß, daß er erregt war, nicht weshalb. 27. II. Nächte gut. Antwortet leicht, nur etwas stoßartig. 3. III. Unbeschäftigt und wahrscheinlich oft gedankenlos. Bewegungen etwas stoßartig, steif. Pupillen oft vorübergehend ungleich. 15. V. Weiß ganz gut, wielange er krank ist. 2. IV. Geheilt entlassen. Diagnose: Mania gravis (period. epilept.).

2. Aufnahme: 11. Juli 1898. Glücklich verheiratet. 3 Kinder, 2 früh gestorben, 1 lebt, ist gesund. Bot für die Frau in der Zwischenzeit nichts Auffallendes, als daß er etwas jähzornig ist, leicht aufbraust, namentlich, wenn er etwas getrunken hat. Ist sonst recht gut. Angeblich kein Trinker. Ärztliches Zeugnis sagt: „Spuren eines gestörten Geistes-



zustandes mit tobsuchtähnlichen Anfällen und plötzlichem Hang zum Trinken." Beginn 6 Tage vor der Aufnahme, wurde plötzlich erregt, schimpfte, fluchte. War angetrunken dabei. Trank nächsten Tags weiter. Tag darauf ruhiger. Übernächsten Tags abends wieder erregt. In der Nacht darauf erwachte er, rief seine Frau: die Augen brennten ihm furchtbar. Jammerte, er werde blind, sprang im Hemd zum Haus hinaus, schrie: Furio! Große Angst. Ging am Morgen (Sonntag) in die Kirche, schämte sich im Hemd auf die Straße gesprungen zu sein. Er habe den „Bösen" gesehen, bezeichnete eine ins Zimmer tretende Nachbarin als „bösen Geist", war aber sonst den Sonntag über ruhig. Auch in der Nacht ruhig, doch ängstlich. Eifersuchtideen. Nächsten Nachmittag nach Basel gebracht, sich bewußt, daß er krank sei, ruhig. Bei der Aufnahme völlig orientiert. 12. VII. Ruhige Nacht. Früh weinerlich, gibt nicht Antwort. Stat. praes.: Pupillen gleich, reagieren gut. Fazialis o. B. Zunge ohne Tremor. Ebenso Hände. Reflexe o. B. Urin ohne Zucker und Eiweiß. 13. VII. Nacht unruhig, sang, lachte, pfiff. 14. VII. Ebenso. Laut. Grimassieren. Treibt Unfug, ahmt Tierlaute nach, zerstört. Garnicht fixierbar. 20. VII. Schmiert, grimassiert, macht Gesten. Nennt den Arzt mit falschem Namen, glaubt, er sei daheim. 24. VII. Schlafbedürfnis, Sensorium benommen. 25. VII. Nacht und Tag ruhig, zerschlägt dann plötzlich eine Scheibe. Äußert auf Befragen: „Wenn man einen dazu treibt." 28. VII. Nächte ruhig. Pat. aber unrein mit Urin. Gehemmt. 29. VII. Weiß, daß er 1879/80 schon in der Anstalt d. h. in dem damaligen alten Spital war, ist sich aber nicht klar, wie er jetzt hierher kam, erinnert sich langsam und unsicher, wer ihn brachte, weiß auch nicht, wo er ist: „Im Notspital". 29. VII. Gehemmt. 4. VIII. Besserung. 8. VIII. Fühlt sich gesund. Ist dankbar. 15. VIII. Geheilt entlassen. Diagnose: Mania acuta (Verwirrtheit).

3. Aufnahme: 6. August bis 21. September 1903. Draußen fleißig gewesen. Trinkt pro Tag 1½ l Wein. Vor 8 Tagen begann Pat. viel zu erzählen, besonders nachts. Klagen über zu viel Arbeit, er habe nie Gutes auf der Welt gehabt. Die Füße brennen ihm ab. Hielt ein Mädchen für eine schwarze Hexe. Bei der Aufnahme fröhlich, lacht. Es fehle ihm im Kopf. Die „Kampagne" wolle oben hinaus. Ruhig. 7. VIII. Will nicht geschlafen haben, sei in der Welt herumgekommen. Wenn er auch äußerlich nichts schaffe, er schaffe mit dem Kopf. Sei schon hier gewesen, will den ihm unbekannten Arzt kennen, will Italienisch verstehen. Stat. praes.: Pupillen o. B. Leichter Nystagmus. Zunge weicht nach links ab, am linken Rand eine Einbuchtung. Tremor der Hände. 9. VIII. Wie gestern. Nacht ruhig. Pfeift zuweilen. 12. VIII. Sang, pfiff, lachte alle Tage. 13. VIII. Spricht verwirrt. 14. VIII. Völlig ruhige Nacht, ruhiger Tag. 18. VIII. Stärkere Erregung und Verwirrtheit. 21. VIII. Anhaltend erregt und völlig verwirrt. 27. VIII. Ebenso. 4. IX. Klarer. 6. IX. Völlig ruhig. 12. IX. Fortschreitende Besserung. 21. IX.



Entlassen. Diagnose: Verwirrtheit auf Alkoholismus. Delir. alcohol. chron.

Wir haben es in Fall 13 mit einem zweifellosen Alkoholiker zu tun, der später zugegebenermaßen täglich 1½ l Wein zu sich nahm. Wann er zu trinken begonnen hat, wissen wir nicht. Auch über Heredität des Falles ist nichts bekannt. Pat. macht 1875, 1879/80, 1898, 1903 geistige Störungen durch mit Angst, Erregung, Gesichts- und Gehörshalluzinationen. Die Symptome gleichen sich bei allen drei Aufnahmen in die Friedmatt, so daß wir glauben dürfen, das Bild sei auch bei der ersten Erkrankung (1875) das gleiche gewesen. Jedesmal schieben sich zwischen die erregten Zeiten, in denen Pat. lacht, singt, pfeift, auch zum Teil zerstört und schmiert, ruhige Tage und Nächte ein, während denen Pat. aber auch nicht völlig klar ist. Für die Erregungzeiten besteht, wenigstens zum Teil zeigen das die Krankengeschichten deutlich, keine oder unvollkommene Erinnerung. Pat. kommt am 11. April 1898 zum zweiten Male in die Anstalt; wie es heißt, bei der Aufnahme ruhig, krankheiteinsichtig und vollkommen orientiert; am 28. Juli erinnert er sich wohl, daß er schon einmal in der Irrenanstalt war, weiß aber nicht, wie er jetzt hierher kam, und nur unsicher, wer ihn brachte, meint im „Notspital" zu sein. Zeitweise besteht deprimierte Stimmung, Hemmung, Stupor. Während aller Aufnahmen wird Grimassieren beobachtet. Nur der Bericht über die erste erwähnt oft wiederkehrende Muskelzuckungen, besonders im Gesicht. Einmal (vor der zweiten Aufnahme) flüchtige Eifersuchtideen, hatte die Frau gefragt, ob sie ihm nicht untreu sei. Tremor der Zunge und Hände bei zwei Aufnahmen bezeugt, für eine negiert. Die erste Störung fällt in das 21. Lebensjahr, für ein Delirium alcoholicum gewiß etwas früh. Auch wird berichtet, daß Pat. damals in der Geistesstörung zu trinken begann, also scheint der Psychose kein Potus vorhergegangen zu sein. Mit 25 Jahren Ausbruch der zweiten Störung, wieder, wie es heißt, nach Trinken von Schnaps; allerdings wird angegeben, daß Pat. auch in seinen gesunden Zeiten dem Alkohol damals schon nicht abgeneigt war. Bei Gelegenheit der zweiten Aufnahme im 44. Altersjahr des Pat. negiert die Frau es, daß er Trinker sei, und das ärztliche Zeugnis spricht (und befindet sich dabei in Übereinstimmung mit den früheren Angaben) von (in Verbindung mit der Geistesstörung einsetzendem) „plötzlichem Hang zum Trinken".



Die Diagnose der ersten Aufnahme hier lautet: epileptische Manie, die der zweiten: Manie (Verwirrtheit), erst die dritte Diagnose spricht sich dann für Delir. alcoh. chron., Verwirrtheit auf Alcoholismus aus. Das Bild der ersten Aufnahme hier scheint mir auf jeden Fall nicht charakteristisch für ein Delir. alcoh. zu sein. Schon die Dauer, etwa 4 Monate, spricht etwas dagegen. Ob wir die jene deliriösen Zustände jedesmal einleitende, plötzlich auftretende Neigung zu stärkerem Trinken als dipsomanische Erscheinungen deuten dürfen, bleibt unsicher. Auszuschließen scheint mir eine periodische Manie oder, modern gesprochen, ein manisch-depressives Irresein zu sein. Ebenso den Symptomen und dem ganzen Verlauf nach eine Dementia praecox oder Katatonie. Pat. soll nach Bericht vom 1. März 1910 seitdem gesund geblieben sein, auch keine epileptischen Anfälle geboten haben. So ist es denn auch in bezug auf Fall 13 für mich nicht möglich zu einem sicheren Schluß zu kommen, denn auch die in der Krankengeschichte erwähnte „Einbuchtung am linken Zungenrand" erweckt wohl den Verdacht, daß eine Zungennarbe bestanden habe, stellt das Vorhandensein einer solchen aber nicht außer allen Zweifel.

Fall 14. — Emil B., 1874 geboren. Pat. soll bis 1897 etwa ganz normal gewesen sein. Seitdem erst jeden Monat, später öfter Anfälle von geistiger Störung, die zuerst angeblich nur 2 Stunden etwa, später eine halbe bis ganze Nacht, aber auch schon zweimal vierundzwanzig Stunden dauerten. Pat. wurde dann unruhig, schlaflos, halluzinierte, war ängstlich, klagte, man wolle ihn schlagen. Er merkt es fünf Minuten vorher, daß ein solcher Anfall kommt. Nach dem Anfall schläft Pat. länger, angeblich bis zu acht Tagen (wohl Stuporzustände), muß mit flüssiger Kost genährt werden. Nach dem Erwachen müde. Seit 8 Tagen wieder in einem solchen Anfall, der diesmal also länger dauert: Pat. halluziniert, äußert Verfolgungsideen, ist unruhig, bleibt nicht im Bett, will fort. Nach diesen Anfällen angeblich vollständige Amnesie.

Pat. soll sonst nicht erblich belastet sein; nur das Kind eines Bruders von ihm litt mit sechs Jahren an Konvulsionen. Bis 1895 führte Pat. ein geregeltes Leben. 1895 bis 1897 tat er seinen Militärdienst als Musiker und begann zu trinken. Zitterte, wenn er betrunken war, am ganzen Körper, verfiel nachher in festen Schlaf, aus dem er manchmal für 48 Stunden nicht zu erwecken war. Seit einem Jahr etwa traurig, zurückgezogen, arbeitete nicht mehr im Beruf (Graveur); in dieser Zeit ein Anfall von geistiger Störung: Dämmerzustand mit Hallu-



zinationen, einige Tage lang anhaltend. Hörte Stimmen, sah Geister, ging auf die Erscheinungen los, wollte alles kurz und klein schlagen, hatte Angst.

Am 9. Oktober 1900 in die Friedmatt aufgenommen. Starker Tremor der Hände. Pupillen o. B. Patellarreflexe etwas lebhaft. Motilität stark gehemmt, Bewegungen langsam. Sprache langsam, etwas monoton. Pat. weiß, daß er in einer Irrenanstalt sich befindet, ist zeitlich nicht recht orientiert. Spricht von Feinden, die er habe, von geheimen Mitteln dieser Feinde. Mimische Äußerungen dabei auffallend gering. Faßt langsam auf, antwortet langsam, aber meist richtig. 10. X. Meint schon 4 Tage in der Anstalt zu sein, scheint Angst zu haben, traumhafter Blick. 11. X. Deprimiert, weint. 14. X. Sieht Gestalten, Köpfe an den Wänden, hört Stimmen, hat aber Einsicht in das Krankhafte dieser Erscheinungen. 19. X. Ebenso. 26. X. Freier, behauptet nicht mehr zu halluzinieren. 9. XI. Entlassen.

Auch in diesem Fall ist die Epilepsie nicht durch Krampfanfälle nachweisbar. Wir haben etwa von 1897 an, also in einem Lebensalter von 23 Jahren, kurzdauernde (2 Stunden bis 2 Tage) Anfälle von geistiger Störung, in denen Pat. ängstlich ist, halluziniert, deliriöse Zustände, welche mit Schlaf oder stuporösen Erscheinungen, wie anzunehmen ist, abschließen, also einen für Epilepsie ziemlich typischen Charakter tragen. Pat. merkt es vorher, wie deutlich angegeben, wenn ein Anfall kommt; also auch die Aura ist vorhanden. Bei dem „Schlaf von 8 Tagen," über den berichtet wird, und während welcher Zeit Pat. mit flüssiger Kost ernährt werden muß, kann es sich wohl kaum um etwas anderes als stuporöse Zustände gehandelt haben. Auch Amnesie für die Vorgänge während dieser Störungen wird des bestimmtesten behauptet. Leider sind die anamnestischen Angaben lückenhaft und wenig eingehend. Ein Geschwisterkind des Pat. litt an Konvulsionen mit 6 Jahren; weiteres ist über hereditäre Belastung nicht bekannt. In dem der Aufnahme vorhergehenden Jahre, also 1899, kommt es wieder zu einem solchen Anfall, welcher direkt als Dämmerzustand bezeichnet wird. Hier wird Pat. am 9. Oktober 1900 aufgenommen, einen Monat darauf entlassen. Die Diagnose lautet: epileptische Psychose? Alkohol-epilepsie? Die Symptome, welche hier beobachtet werden, sind, soweit sich urteilen läßt, die gleichen, welche Pat. während der früheren Störungen geboten hat: Angst, Gesichts- und Gehörshalluzinationen, Stupor, wenigstens Hemmung. Dem ganzen Bilde nach dürfte auch



wohl keine andere Diagnose als die hier 1900 von Herrn Prof. *Wolff* gestellte möglich sein. Allerdings liegt auch Potus vor. Es wird direkt angegeben, daß Pat. während seiner Militärzeit (1895 bis 1897) als Musiker zu trinken begonnen habe; auch konstatiert die Krankengeschichte Tremor der Hände. Daß die ersten Störungen schon mit 23 Jahren auftraten, läßt auch hier mutmaßen, daß der Potus des Pat., wie das nicht selten, die Epilepsie zum Ausbruch kommen ließ, denn solche häufigen kurzdauernden geistigen Störungen, wie Pat. sie zeigte, sind wohl für das epileptische Irresein typisch, nicht aber für rein auf Alkoholmißbrauch beruhende Psychosen. Ich möchte mich also in bezug auf Fall 14 mit einer an Sicherheit grenzenden Wahrscheinlichkeit dafür entscheiden, daß wir es bei Emil B. mit einem epileptischen Irresein zu tun haben, allerdings, wie so oft, in Verbindung mit chronischem Alkoholismus.

Betrachten wir die allerdings unter sich sehr verschiedenen Fälle 10 bis 14 zusammenfassend, so fällt die erste nachweisbare Erkrankung in diesen 5 Fällen jeweilen in das 19., 17., 16., 21., 23. Lebensjahr, zweimal also recht früh, in den anderen 3 Fällen immerhin noch früh genug. Dieser Umstand spricht jedenfalls für eine konstitutionelle Erkrankung und läßt eine rein alkoholische Entstehung dieser ersten Störungen auch da, wo nachgewiesenermaßen später Alkoholismus mitspielt, mit ziemlicher Sicherheit ausschließen. Betrachten wir das Alter der Kranken bei allen Anfällen, so kommen wir in Fall 10 auf 19, 20, 34, 38, bei Fall 11 auf 17, 22, 37, 38, 48, 56, bei Fall 12 auf 16, 19, 25, 27, 28, 32, bei Fall 13 auf 21, 26, 50, 55, bei Fall 14 auf 23 bis 26 Jahre. Sind mithin alle Kranke noch jung genug, um mehrfach wieder erkranken zu können, so haben wir über zwei Fälle (9 und 13) doch immerhin bis in ein höheres Alter (55 und 56 Jahre) Bericht, in welcher Zeit sich bei dem einen Kranken die Anfälle 4, bei dem andern 6 mal in ziemlich der gleichen Weise und ohne daß es zur Ausbildung einer Demenz gekommen wäre, wiederholt haben.

Fall 10 glaubte ich für im höchsten Grade wahrscheinlich als epileptisch erklären zu dürfen, ebenso 11 und 14. Unentschieden mußte ich die Frage, ob es sich um ein epileptisches Irresein handle, bei 12 lassen wie bei 13. Die früheren Diagnosen lauteten bei Fall 10 für die erste Aufnahme in St. Pirminsberg epileptisches Irresein.



für die einzige hier und die zweite St. Pirminsberger Manie; bei Fall 11: epileptisches Äquivalent und ac. halluzin. Verwirrtheit; bei Fall 12, hier: Tobsucht auf Grund chronischer Paranoia, sonst Manie; bei 13: Mania gravis (period. epilept.), später: Mania ac. (Verwirrtheit) und Verwirrtheit auf Alkoholismus, Delir. alcohol. chron.; bei 14: epileptische Psychose? Alkoholepilepsie? — Konvulsionen sind nur in Fall 11 erwähnt, epileptische Krampfanfälle in keinem der 5 Fälle (außer etwa 11) hier beobachtet. In den 3 Fällen (10, 11, 14), in denen ich glaube ein epileptisches Irresein annehmen zu können, war es vorwiegend das Ensemble der Erscheinungen, welches mich zu diesem Schluß kommen ließ. Angstzustände fanden sich in allen Fällen außer in 12, in welchem Fall aber bei der ersten Aufnahme ins Burghölzli, wie oben angegeben, die Diagnose: epileptisches Irresein doch auch wenigstens erwogen wurde [1]).

III. Beziehungen der Epilepsie zu andern Psychosen, insbesondere zum manisch-depressiven Irresein.

Das epileptische Irresein pflegt anfallweise, periodisch zu verlaufen. Schon *Fr. Hoffmann* [25] hat, wie bereits erwähnt, sich geäußert, man müsse die Fälle von epileptischem Irresein unter den „intermittierenden Geisteskrankheiten" suchen. In gleicher Weise betont *Samt* [40] den Verlauf des epileptischen Irreseins in rasch aufeinanderfolgenden, relativ kurzdauernden Anfällen, welche so bei keiner andern Psychose vorkommen. Auch *Kraepelin* sieht das Charakteristische der epileptischen Psychosen in ihrer Periodizität. Diesen Verlauf in mehrfachen, kurzdauernden, durch deutliche Intervalle geschiedenen Anfällen zeigen auch die Fälle, welche ich in meiner zweiten Gruppe vereinigt habe, ohne daß ich aber deshalb alle für

[1]) Für die mir gewährte Einsicht in die entsprechenden Krankengeschichten und ihre Benutzung für diese Arbeit bin ich Herrn Direktor *Häberlin*-St. Pirminsberg und Herrn Prof. *Bleuler*-Zürich zu großem Dank verpflichtet. Um katanamnestische Daten habe ich mich in bezug auf verschiedene Fälle, leider aber meist ohne verwertbare Resultate, bemüht. Auch für die Erlaubnis zur Publikation der den Grundstock dieser Arbeit bildenden Krankengeschichten aus der Basler Psychiatrischen Klinik möchte ich meinem verehrten Chef, Herrn Prof. *Wolff*, hier meinen aufrichtigen Dank aussprechen.



sicher epileptisch erklären konnte. Man hat auch wohl verlangt, daß diese Anfälle sich photographisch gleichen oder sich doch sehr ähnlich sehn sollen. Es kommt derartiges vor; eine mehr oder minder weitgehende Ähnlichkeit der Anfälle jedoch ist nicht nur dem epileptischen Irresein eigen, sondern ein Charakteristikum fast aller periodischen Psychosen. So betont denn auch *Siemerling*[41], welcher den „traumhaft veränderten Bewußtseinszustand" als das wesentliche Charakteristikum der epileptischen Psychosen ansehen will, daß die Gleichartigkeit der Anfälle kein konstantes charakterististisches Symptom bilde, immerhin aber bei Fehlen aller epileptischen und epileptoiden Symptome, wenn daneben Amnesie, typisch epileptische Sinnestäuschungen und jenes eigenartige Handeln auftrete, die Vermutung erwecken könne, es liege ein epileptisches Irresein vor. Wir fanden eine solche weitgehende Ähnlichkeit der Anfälle, verbunden mit andern auf Epilepsie hinweisenden Momenten in den Fällen 10, 11, 14, ohne solche oder doch mit nicht genügend ausgesprochenen bei 12, 13, während in dem, von mir ebenfalls für epileptisch angenommenen Fall 7 das Auszeichnende des Falles gerade in dem Wechsel der Erscheinungen lag. Von den sicher epileptischen Fällen der ersten Gruppe kann in dieser Beziehung nur etwa von Fall 1 und 5 die Rede sein; die übrigen verlaufen nicht in so deutlich abgesetzten Anfällen geistiger Störung. Am deutlichsten fast von allen ist wohl diese Gleichheit der Anfälle in Fall 11. Fall 8 zeigt ausgesprochenen Wechsel, besonders der präparoxysmalen Erscheinungen. Katatonische Zustandbilder, wie Fall 7 sie bot, sind, wie manische und zirkuläre, schon von verschiedenen Autoren beobachtet worden, ja scheinen nicht einmal selten zu sein. Bereits *Samt* vermutete, daß mancher Anfall von epileptischem Irresein für eine Manie oder Melancholie angesehen worden sei. Daß derartige Fehldiagnosen bei den großen Schwierigkeiten, welche für den sicheren Nachweis von epileptischen Antezedentien vorliegen können, nicht allzu selten sind, kommt mir nach meinen Erfahrungen nicht unwahrscheinlich vor. Gerade einer der in der folgenden Gruppe zu gebenden Fälle bestätigt diese meine Anschauung ebenso wie die drei Fälle meiner zweiten Gruppe, für welche ich die epileptische Natur der Geistesstörung glaube wahrscheinlich gemacht zu haben. So lautete in Fall 10 bei der Aufnahme hier und in St. Pirminsberg die Diagnose: Manie.



Es drängen mich sonach die im Laufe dieser Untersuchung gewonnenen Erfahrungen direkt dahin, nach den Beziehungen des epileptischen Irreseins zu den übrigen periodisch verlaufenden Psychosen zu fragen und von diesen wieder hauptsächlich zu der Gruppe, welche ursprünglich zu der Aufstellung des periodischen Irreseins Anlaß gab, zum manisch-depressiven Irresein.

Von dieser Psychose sagt nun allerdings *Kraepelin*, daß Übergänge zu den andern Geisteskrankheiten außer zum Entartungsirresein nicht beständen, und ebenso äußert sich *Weygandt* [53] grade in Beziehung auf die Epilepsie. *Kraepelin* erwähnt, daß ihm über epileptiforme Anfälle bei Manisch-depressiven mehrfach berichtet worden sei, und führt weiter einen 52 jährigen Kranken an, welcher weder an Trunksucht noch an Syphilis litt und nach mehrfachen schweren epileptischen Anfällen im 15. Jahre eines manisch-depressiven Irreseins apoplektisch zugrunde ging. Die von verschiedenen, früher schon erwähnten Autoren beschriebenen Fälle von epileptischer Manie leisten uns wenig für diese Frage, denn es handelt sich bei ihnen eben jedenfalls um manische Zustandbilder des epileptischen Irreseins. So spricht sich *Heilbronner* [23] direkt dahin aus, die Psychosen seines Karl N. seien anderen „postepileptischen" Psychosen vollkommen analog zu setzen. So sagt *Saiz* [39] von seinem Fall, daß bei ihm Züge auftraten, welche man bei einer gewöhnlichen Mania nicht vorfinde, und die zum Teil für die epileptische Grundlage dieses Zustandes sehr bezeichnend seien. Ähnlich verhält es sich mit den beschriebenen zirkulären Fällen von *Samt*, *v. Krafft-Ebing* usw., wo interkurrente Krampfanfälle den Übergang von der manischen zur depressiven Phase vermittelten. Auch *Saiz* spricht sich dahin aus, es liege die Vermutung vor, daß in diesen Fällen Krampfanfall und Geistesstörung zwei verschiedene Symptomenreihen des gleichen Prozesses, der epileptischen Veränderung seien. Also in all diesen Fällen handelt es sich um epileptische Geistesstörungen unter der Form von Manie resp. zirkulärem Irresein, nicht um eine manisch-depressive Psychose bei Epileptikern. Im Gegensatz zu den genannten Autoren hat *Ugoletti* [40] einen Fall von Epilepsie mit manisch-depressivem Irresein publiziert, den er so ansehen will, daß beide Psychosen selbständige klinische Einheiten bilden, nicht also die manisch-depressiven Symptome Teilerscheinungen eines epileptischen Irreseins sind. Bei einer erblich belasteten Frau traten im 40. Lebensjahre sich sehr oft wiederholende epileptische Anfälle auf. 2 Jahre später nach Typhus setzte die manisch-depressive Psychose ein, und in der Anstalt wurden während beider Phasen des angenommenen manisch-depressiven Irreseins epileptische Anfälle beobachtet. *Ugoletti* will seinen Fall nicht unbedingt als Epilepsia tarda gelten lassen. Immerhin handelt es sich aber um eine Epilepsie in höherem Alter, wogegen der von *Kraepelin*



erwähnte Fall, nach den kurzen Mitteilungen zu schließen, wohl direkt eine Spätepilepsie gewesen sein dürfte.

Ich habe nun, um der Frage nach den Beziehungen der Epilepsie zum manisch-depressiven Irresein näher zu treten, sämtliche Krankengeschichten der mir sicher als manisch-depressiv anzusehenden Kranken unserer Anstalt auf interkurrente epileptische Anfälle durchsucht, ohne daß es mir gelungen wäre, solche zu finden. Und auch die Ausbeute, was epileptische Anfälle in der Jugend betrifft, aus den Anamnesen war gering. Ebenso scheint nach meinem Befund das Vorkommen von Epilepsie in der Aszendenz der Manisch-depressiven unter den Kranken unserer Anstalt selten zu sein.

Saiz fand bei seinen einfachen Manien in 13,7 % der Fälle, bei den periodischen in 16 % gleichartige Vererbung. Dagegen gibt er an, daß Epilepsie als belastendes Moment in 6,8 resp. 9,6 % vorkam, immerhin also in einer nicht unbeträchtlichen Anzahl seiner Fälle nachweisbar war. Ob freilich unter seinen „Manien" nicht Fälle von epileptischem Irresein in nennenswerter Anzahl mitgerechnet sind, muß ich dahingestellt sein lassen, bin jedoch nach meinen Erfahrungen geneigt, es zu vermuten. Die Tendenz der Epilepsie zu gleichartiger Vererbung ist bekannt, so daß *Leidesdorf* [32] mit Recht unter den Faktoren, „welche eine Psychose epilepsieverdächtig machen," auch diejenigen ätiologischen Momente anführt, „welche dem Entstehen von Epilepsie zukommen, wie Abstammung von epileptischen Eltern, Potatoren, Gehirnerschütterung durch Trauma oder intensiven Schreck oder andere heftige Gemütsbewegungen", in welcher Beziehung jedenfalls auf die beiden an erster Stelle genannten Momente das weitaus größte Gewicht zu legen ist, besonders da nach *Kraepelin* das Trauma auch in der Anamnese der Manisch-depressiven keine unbedeutende Rolle spielt. *Hans Lange* [31] konnte unter 700 Epileptikern bei 303, also 43 % erbliche Belastung nachweisen. Und zwar waren von diesen 303 Kranken 240 neuro- oder psychopathisch belastet und 63 toxikopathisch. Von diesen 240 neuro- oder psychopathisch Belasteten fand sich bei 148 (61,6 %) Epilepsie in der Blutverwandtschaft vor. Bei 23,75 % waren die Eltern epileptisch. Bei den 63 toxikopathisch belasteten Kranken handelte es sich in 59 Fällen um Alkoholismus des Vaters oder der Mutter.

Ich gebe hier kurz einen Fall, bei welchem ich in der Anamnese den Vermerk fand: eine Schwester epileptisch, und wo hier manisch-depressives Irresein, allerdings mit einem Fragezeichen, diagnostiziert wurde.

F a l l 15. — E m i l B., 1865 geboren. Zigarrenmacher. Vom 9. März bis 29. August 1905 in der Anstalt. Vater P o t a t o r, Vaters-



bruder apoplektisch, eine Schwester epileptisch infolge von Schreck. 7 Brüder und 4 Schwestern angeblich gesund. Pat. war schon 2 Jahre vor der Aufnahme, also 1903, 2 Tage lang „verwirrt". Vor 20 Jahren, also im 20. Lebensjahr, machte er angeblich „Gehirnentzündung" durch. War damals ein halbes Jahr lang krank; nähere Angaben fehlen. Seitdem „kam es ihm oft in den Kopf", er mußte dann umhergehen, hatte Angst, sah Tiere, auch roten Schein und Feuer. Dies dauerte jedesmal eine bis mehrere Wochen und ließ dann wieder nach. Wiederholung solcher Anfälle ein- bis zweimal im Jahr. Zur Zeit der Aufnahme ist Pat. wieder seit 3 Wochen krank, hatte es zuerst auf der Brust, dann im Kopf, arbeitete bald, bald wieder nicht. Am 4. März 1905 glaubte Pat. daheim, es sei jemand im Zimmer. Er schlug auf die vermeintliche Gestalt ein, begann zu toben, war schlaflos. Potus wird negiert. Der Physikatbericht vom 8. März sagt: „Pat. ist jetzt im ganzen bei Bewußtsein, versteht die Fragen und beantwortet sie. Die Auffassung aber ist sehr verlangsamt die Antworten sind kurz, oft unsicher. Manchmal ist Pat. wie abwesend, greift an die Stirne, sagt, es habe ihn ein vorübergehender Schwindel befallen. Über die letzten Tage kann Pat. nur unvollständige Auskunft geben. Er weiß nur daß er herumgereist ist, aber, wo er war und was passierte, ist ihm nicht bekannt." Es wird dann noch von Angst, schreckhaften Halluzinationen (Feuerschein!) berichtet. Der Bruder des Pat. erzählt von plötzlichem „Zusammenfahren" des Kranken. Pat. brachte dem Bruder schon Tage vor der Aufnahme ein gleichgültiges Blatt Papier, meinte jedoch in größter Bestürzung, es sei ein entsetzliches Blatt. Ein anderes Stück Papier am Boden hielt er für lebendig. In einem Paket glaubte er Menschenfleisch, welches wieder lebendig werde. Dann wieder berichtet er, er habe zwei in vollem Galopp daherkommende Karossen aufgehalten. Auch in der Anstalt erzählt Pat. selber später von Schwindelanfällen. Der Aufnahme-Status meldet: Ptosis des rechten oberen Augenlides. Pupillen ziemlich weit, reagieren träge. Über Zungennarben nichts erwähnt. In der Anstalt sieht Pat. in der Nacht auf den 10. III. Feuer um sich, glaubt, es brenne alles. Ebenso die nächsten Nächte bis zum 16. Arbeitet später. Ist voller Größenideen: hat dem deutschen Kaiser das Leben gerettet und anderes. Stiehlt gerne Kleinigkeiten. 30. III. Entweicht durchs Fenster. 1. IV. Wieder eingebracht. Hat sich im Badischen ziellos umhergetrieben, kehrte dann zu seinem Bruder zurück. 8. IV. Schimpft, queruliert, droht sich zu erhängen. 8. VI. Ruhig, fleißig. 3. VII. Produziert auf Befragen noch immer seine Wahnideen. 9. VIII. Wahnideen treten in den Hintergrund. Pat. spricht nicht mehr gern davon, meint, man solle die Sache auf sich beruhen lassen. Namentlich ist es ihm nicht mehr sicher, ob er dem deutschen Kaiser das Leben gerettet hat. 29. VIII. Entlassen. Nie Krampfanfälle beobachtet. Auch Pat. weiß nichts von solchen.



Trotz der Unvollständigkeit der Anamnese und Dürftigkeit der Krankengeschichte glaube ich die Diagnose mit der in solchen Fällen möglichen Sicherheit auf epileptisches Irresein stellen zu können. Der Vater des Pat. ist Potator, von einer Schwester wird angegeben, daß sie epileptisch sei, Pat. selber leidet an transitorischen Bewußtseinstörungen mit recht typisch epileptischen Symptomen: Angst, Verworrenheit, Amnesie, Feuer- und andern schreckhaften Halluzinationen. Er zeigt Größenideen, welche schon *Samt*, wenn sie in Verbindung mit Angst auftreten, als für die epileptischen Delirien pathognomisch erklärt hat, auch Verfolgungsideen (in seinen hier nicht wiedergegebenen Briefen, welche recht verworren und inkohärent sind); dazu die im Physikatsbericht erwähnten Absenzen, die von den Angehörigen wie von dem Pat. selber berichteten Schwindelanfälle, das plötzliche Davonlaufen und ziellose sich Herumtreiben, die Selbstmorddrohungen, der nicht genauer beschriebene, aber jedenfalls vorhandene epileptische Charakter. Alles dieses vereinigt sich zu einem Bilde, welches nur die Diagnose epileptisches Irresein zuläßt.

Epilepsieverdächtig ist mir auch der folgende Fall.

Fall 16. — Barbara B., 1872 geboren, ledig, Posamenterin. Großmutter wurde mit 60 Jahren geisteskrank, Vater epileptisch, 1 Bruder als Kind gestorben. Pat. zeigte gute geistige Befähigung. Menses mit 15 Jahren. Beginn der psychischen Störung mit 19 Jahren, also 1891. Pat. begann viel zu reden, brachte Reminiszenzen aus früherer Zeit vor. Dauer 3 bis 4 Wochen. Wiederbeginn 16. Januar 1892, Pat. wurde erregt, schlief und aß nicht mehr. 18. I. Aufgenommen: durchaus verworren, entblößt sich, wälzt sich am Boden, ist sexuell erregt. Starke Schweißsekretion am ganzen Körper. Stat. praes.: Gesichtausdruck lebhaft, fröhlich. Keine Fazialisdifferenz, dagegen l. Pupille $>$ r., Reaktion normal. 20. I. Nacht ziemlich ruhig, tags psychomotorische Erregung mit ausgesprochenem Erotismus. Pat. singt, lacht, jauchzt. 25. I. Eintritt der Periode mit entschiedener Remission. 10. II. Ruhig, still, bescheiden. 25. III. 1892 entlassen. Geheilt.

2. Aufnahme: 3. April bis 25. Mai 1893. Schaffte daheim ordentlich, war aber zeitweise unaufgelegt, mißmutig, selbst böse. Beginn vor 3 Wochen: zornig erregt, schwatzte viel, war unreinlich. Am 31. III. schon stärkere Erregung. Stimmung dabei angeblich fröhlich. Bei der Aufnahme in glücklich gehobener Stimmung, zutraulich, folgt willig. 5. IV. Lacht viel, verzieht das Gesicht zu Grimassen. Ideenflüchtig, wenig fixierbar. Im allgemeinen ruhig, erotisch. 26. IV. Seit gestern zuneh-



mende motorische Erregung. Pat. ist unklar, heute nachmittag ganz benommen, mit Urin unrein. 28. IV. Starke maniakalische Exaltation, steht nackt am Fenster, ist in einem ganz benommenen, traumartigen Zustand, erkennt die Ärzte nicht, reagiert nicht auf Eindrücke. Nächte schlaflos. 2. V. Ebenso. Starke sexuelle Erregung, unrein, zerreißt. 4. V. Entschieden klarer. 7. V. Besserung schreitet fort. 17. V. Periode (wie stets mit Krämpfen im Leib), wieder eher mehr benommen. 25. V. Heimgeholt. Diagnose: Mania recurrens.

Wir haben im Fall 16 wieder die hereditäre Belastung, diesmal durch Epilepsie des Vaters, haben mehrfache kurz dauernde Geistesstörungen, welche jedenfalls bei der ausgesprochenen Verworrenheit, von der die Krankengeschichte berichtet, und den Benommenheitzuständen (die Krankengeschichte spricht direkt von einem „ganz benommenen, traumartigen Zustand"), für manisch-depressives Irresein nicht gerade typisch sind. Wir haben wie bei den Fällen der zweiten Gruppe (10 bis 16) den frühen Beginn — mit 19 Jahren — wir haben Pupillendifferenz und Schweißausbrüche. Aber es fehlen alle körperlichen, weiteren, im genaueren Sinn als epileptisch ansprechbaren anfallartigen Erscheinungen, und somit ist der strikte Beweis, daß es sich in Fall 16 um ein epileptisches Irresein handelt, nicht erbringbar.

Nicht viel anders stehen wir zu dem nächsten Fall, wo das relativ hohe Lebensalter die Sachlage noch komplizierter gestaltet.

Fall 17. — Frau G. F., 1838 geboren, kommt am 14. März 1896 in die Anstalt. Vater an Lungenkrankheit, Mutter an Wassersucht gestorben. Ein Bruder des Vaters wurde in höherem Alter geisteskrank. Ein Bruder der Pat. trinkt periodisch, alle paar Monate 4 bis 5 Tage; in den Zwischenzeiten soll er normal sein. Pat. ist das jüngste von vier lebenden Geschwistern; zwei sind gestorben. Im 13. Lebensjahre, zur Zeit als die Periode kam, litt Pat. an fallendem Weh; die Anfälle sollen noch im gleichen Jahre wieder aufgehört haben. Zur Zeit der Periode stets viel Kopfschmerz bei im übrigen regelmäßigen Menses. Pat. gebar achtmal hintereinander. Normaler Verlauf der Geburten. Pat. nahm von jeher alles schwer. Vor 5 Jahren beim Tod eines Kindes sehr traurig, bot aber sonst nichts Auffallendes. Im letzten Sommer anläßlich der Hochzeit des Sohnes deprimiert, fürchtete, er könne nicht glücklich werden. Seit Herbst 1895 durch große Unruhe auffällig, hatte viel Kopfweh. Seit Mitte Dezember Angst, Versündigungsideen. Zustand steigerte sich zu hochgradiger Angst, im Januar Selbstmordneigung. Darauf wieder ruhiger.



Bei der Aufnahme hier depressive und Versündigungsideen, taedium vitae. Status notiert Fazialisdifferenz, geringe Ptosis des linken oberen Augenlides, Tremor der Zunge. Pat. jammert, nimmt wenig Nahrung zu sich, ist gehemmt. 29. III. Freier. 5. IV. Noch immer depressive Ideen. 13. IV. Klage über Kopfweh. Der Zustand bleibt dann mit zeitweisen Remissionen der gleiche bis zum 13. VIII., zu welcher Zeit Pat., eigentlich ungebessert, entlassen wird.

Ein Bruder der Pat. ist Dipsomane, Pat. selbst bekommt im 13. Lebensjahre epileptische Anfälle, die aber im gleichen Jahre schon wieder schwinden. Mit 57 Jahren erkrankt Pat., nachdem hier und da leichtere Depressionzustände (beim Tod eines Kindes, bei der Hochzeit des Sohnes) vorangegangen, mit einem Symptomenkomplexe, der an sich wohl nur die Diagnose Melancholie bzw. manisch-depressives Irresein zuläßt. Hier von epileptischem Irresein zu sprechen, ginge zu weit, trotz der Dipsomanie des Bruders, und trotzdem die Kranke selber in der Jugend epileptische Anfälle hatte. Wir wissen, daß epileptische Anfälle in jedem Alter auftreten und wieder verschwinden können, daß Epilepsie „heilbar“ ist. Insofern also kann es nicht wundernehmen, wenn wir bei Geisteskranken irgendwelcher Art in der Anamnese die Angabe finden, daß in der Jugend epileptische Anfälle beobachtet worden sind. In solchen Fällen bleibt die Möglichkeit offen und ist die Annahme, daß die Epilepsie geheilt ist und später eine andre Psychose in Erscheinung trat, auf keine Weise zu widerlegen. Wenn ich unter unserm Material auch nur einen solchen Fall auffinden konnte, ist doch anzunehmen, daß dergleichen häufiger vorkommt, wie denn andrerseits Spätepilepsien in Vergesellschaftung mit andern Psychosen von einer ganzen Reihe von Autoren beschrieben worden sind. Auch eine Kombination von Epilepsie und Paralyse ist mehrfach beobachtet worden; so von *Westphal*, *Wattenberg*, *v. Krafft-Ebing* und andern. Da wir die Ätiologie der Paralyse kennen, liegt nichts Verwunderliches für uns darin, wenn ein Epileptiker, welcher Lues erwirbt, später auch noch an Paralyse erkrankt. So wenig, wie zu bezweifeln ist, daß sich zu epileptischen Störungen bei gegebener Veranlassung alkoholische oder arteriosklerotisch bedingte hinzugesellen können.

Anders jedoch steht es mit den sogenannten funktionellen Psychosen. Nicht daß von vornherein irgend ein Grund vorläge, ein Zusammentreffen von zwei oder sogar mehreren Psychosen funktio-



neller Art oder funktioneller Geistesstörungen mit Epilepsie auszuschließen. Die Schwierigkeit wird vielmehr immer nur darin liegen, daß wir als funktionelle Geistesstörungen die bezeichnend, über deren Ursprung wir nichts Genaueres wissen. Eine Psychose ist für uns eben nur dann verläßlich charakterisiert, wenn wir über die ätiologische Grundlage wie bei der Dementia senilis, der Paralyse usw. irgendwie unterrichtet sind, während bei allen den Geistesstörungen, bei denen dies nicht der Fall ist, eben den funktionellen Psychosen alle Abgrenzung nur für eine vorläufige gelten kann und stets eine nicht unbeträchtliche Anzahl von Fällen zur Beobachtung kommt, von denen unsicher bleibt, wohin sie zu stellen sind. So kann *Ziehen* [56] sagen, daß zwischen den einzelnen Psychosen allenthalben fließende Übergänge und Zwischenformen vorhanden sind, während ein Standpunkt, wie *Kraepelin* ihn einnimmt, Kombination wie Übergang im großen und ganzen ausschließt. Denn die von *Kraepelin* abgegrenzten Gruppen des manisch-depressiven Irreseins, der Dementia praecox mit ihren Unterformen usw. können nur etwas bedeuten, wenn es sich in ihnen um bestimmte Krankheitformen eigner Art handelt, für welche eine selbständige Lokalisation oder unterschiedliche Ätiologie, kurz etwas durchaus Trennendes, wenn auch heute noch nicht zu beweisen, so doch als vorhanden vorauszusetzen ist. Wenn jemand zu gleicher Zeit an Dementia praecox und manisch-depressivem Irresein leiden kann — und es gibt immerhin Fälle, bei denen man im Zweifel sein darf, ob sie in die erste oder in die zweite Kategorie gehören —, wird natürlich alle Differenzierung zwischen diesen beiden Psychosen sehr schwierig. Tatsächlich schließt denn auch *Kraepelin*, wie ich schon erwähnt habe, Übergänge des manisch-depressiven Irreseins zu andern Psychosen aus, wie er gleichfalls eine Verbindung von Hysterie mit sonstigen Geistesstörungen zurückweist und nur „hysterische Züge“ z. B. bei der Epilepsie in einer für seinen Standpunkt durchaus konsequenten Weise gelten lassen will. Gegenüber einer Auffassung jedoch, welche zwischen allen Psychosen fließende Übergänge sieht und annimmt, es könne jede Geisteskrankheit sich mit einer andern zusammensetzen, liegt die Frage nahe, ob dann allen Trennungen überhaupt noch eine grundlegende Bedeutung beizumessen ist. Nähern wir uns mit einer solchen Anschauung, die Sache genau betrachtet, nicht vielmehr wieder dem Standpunkt der alten

Autoren, daß es nur eine, nur die Psychose gibt, mag sie nun Wahnsinn oder anders geheißen werden? Krankheitzustände selbständiger Art, Psychosen sui generis können unmöglich wirklich in einander übergehen. Es können höchstens Fälle zur Beobachtung gelangen, welche fließend zu sein scheinen, einen Übergang vortäuschen. Etwas wirklich Verschiedenes kann sich in gleichen Erscheinungen äußern; dadurch ist aber kein Übergang bewiesen.

Es gibt somit konsequenterweise nur zwei vertretbare Standpunkte: man nimmt an, daß mehrere wesensverschiedene Psychosen existieren; dann schließt diese Wesensverschiedenheit Übergänge aus. Oder wir nehmen — es ist natürlich immer von den funktionellen Psychosen die Rede — eine in vielerlei Erscheinungformen sich äußernde Erkrankung des einen Organs, des Gehirns, an, dann gibt es wieder keine Übergänge, sondern nur verschiedene Äußerungen des gleichen Krankheitprozesses. In diesem zweiten Fall gibt es natürlich auch keine Kombinationen, weil es nichts Verschiedenes gibt. Wohl aber muß, nehmen wir mehrere selbständige Psychosen als existierend an, Kombination an sich für möglich erklärt werden; nur daß sich mit der Annahme von Kombination bei den funktionellen Psychosen fruchtbar kaum wird arbeiten lassen. Um zu entscheiden, was in einer kombinierten Erscheinung steckt, müßten wir wenigstens die beiden Dinge, welche sich miteinander kombiniert haben sollen, jedes für sich genau kennen, welcher Kenntnis wir heute noch, wenigstens in genügendem Ausmaß, leider entbehren. Wir haben in der Paralyse das Beispiel einer Geisteskrankheit, bei welcher so ziemlich alle uns von irgendeiner Psychose her bekannten Zustandbilder auftreten können. Bei der Paralyse sind uns die Ätiologie und die Veränderungen, welche die Gehirnsubstanz durch den Krankheitprozeß erleidet, genügend bekannt; es steht jedoch unserm Begreifen auch nicht so fern, daß bei Krankheitprozessen, welche, wie die Psychosen, sich alle in einem Organ und, wie wahrscheinlich, auch stets mehr oder minder in dem ganzen Organ abspielen, bei der einheitlichen Lokalisation oder doch bei der Lokalisation in einem Organ, dessen komplizierter und auf ein einheitliches Zusammenwirken angelegter Bau es mit sich bringt, daß eine Störung an einer Stelle stets weite Kreise zieht und das ganze Organ (bzw. die ganze Psyche) stets in Mitleidenschaft zieht, auch die Krankheiterscheinungen sehr komplexe sein müssen. Dieser

unserer Auffassung des Gehirns als eines sehr verwickelt gebauten Organs, dieser Überzeugung, daß jede Störung psychischen Geschehens in einem Punkt stets auch zu weiteren, damit in unlösbarer Verbindung stehenden Störungen führen müsse — und eine andre Vorstellung können wir uns nicht machen — steht auf der andern Seite die Tatsache gegenüber, daß wir bei den Psychosen doch weiter oder weniger weitgreifende Störungen beobachten, daß es doch, mit welchen Schwierigkeiten immer, möglich ist, nach Erscheinungsweise und Verlauf verschiedene Krankheittypen abzugrenzen, ohne daß diese Scheidungen, die Merkmale, auf Grund deren wir sie vornehmen, so sicher faßbar sind, daß wir nicht in vielen Fällen vor Krankheitbildern ständen, welche eine gewisse Berechtigung geben, von fließenden Übergängen zu sprechen.

Es wird bei der Frage nach Kombination zweier funktioneller Psychosen sich hauptsächlich stets darum handeln, ob wir die der einen oder der andern Psychose zuzuschreibenden Zustandbilder überhaupt genügend trennen können, was meines Erachtens oft eben nicht möglich ist. Wenn man z. B. meinen Fall 7 als eine Kombination von Epilepsie und Dementia praecox oder manisch-depressivem Irresein auffassen will, indem einerseits die epileptischen Anfälle ziemlich sicher nachgewiesen sind, andererseits Zustandbilder beobachtet wurden, welche sehr wohl einer Dementia praecox oder Katatonie eigen sein können, so ist diese Auffassung zur Zeit wenigstens wohl schwer sicher widerlegbar. Zwar ist der Verlauf bis zur vierten Aufnahme hier (13. Februar 1909) ein ausgesprochen periodischer gewesen mit drei Anfällen von geistiger Störung vom 2. Februar bis 18. März 1903, vom 2. Juni bis 19. Juli 1906, vom 24. Juni bis 14. August 1908 und endlich vom 13. Februar bis etwa 25. Februar 1909; seit dem 19. März laufenden Jahres aber besteht ein Erregungzustand, der zuerst wohl noch als Manie aufgefaßt werden konnte, später aber stark katatone Symptome (Flexibilitas cerea, Mutazismus, impulsive Akte, massenhafte Halluzinationen) zeigte und schon durch seine längere Dauer (9 Monate) von den früheren Attacken bedeutend absticht. Es ist ja auch auf keine Weise a priori zu beweisen, daß auch eine Epileptica nicht an Katatonie erkranken könne. Wir stehen also vor der Konstatierung, daß es Krankheitfälle gibt, bei denen es, lange Zeit wenigstens, in starker Weise in das subjektive Belieben des



Beobachters gestellt sein kann, wohin er sie rechnen will. Dadurch wird der Wert von typischen Fällen von Dementia praecox oder Epilepsie für die uns nötige Trennung der Psychosen in verschiedene Gruppen an sich natürlich nicht gemindert. In der überwiegenden Anzahl von Fällen ist eine Epilepsie durch ihre Anfälle, durch den epileptischen Charakter, durch den Anschluß der eigentlichen Geistesstörungen an die epileptischen Krampfanfälle usw. so wohl charakterisiert wie die in meiner Gruppe I geschilderten Fälle. Und ebenso steht es mit der Dementia praecox, wenn neben den manischen Zustandbildern oder andern massenhafte Halluzinationen charakteristische Wahnideen, Negativismus, Manieren usw. auftreten und die Krankheit einen kontinuierlichen oder doch durch die schnelle Aufeinanderfolge der einzelnen Schübe die Kontinuität deutlich wahrenden Verlauf nimmt. Aber auch hier schon treten Schwierigkeiten auf, und wir können über eine sichere Diagnose mehr minder lange im Unklaren bleiben, ja, können wir nur zu einer Wahrscheinlichkeitsdiagnose gelangen, wenn zwischen die einzelnen Anfälle sich längere freie Intervalle einschieben, keine nachweisbare Schädigung der Intelligenz eintritt und das ganze Verlaufsbild sich so dem manisch-depressiven Irresein nähert. Es ist in dieser Hinsicht auf die Diskussion bei Gelegenheit des *Forster*schen [16] Vortrags in der Berliner Gesellschaft für Psychiatrie: „Über das manisch-depressive Irresein" hinzuweisen, wo klar zutage tritt, wie wenig Übereinstimmung selbst in bezug auf dieses, sonst doch wohl charakterisierte Krankheitbild herrscht, speziell in bezug auf die Wertung katatonischer Zustandbilder beim manisch-depressiven Irresein. Ebenso auf *Thomsen* [47], *Bumke* [6], *Urstein* [50], *Hoche* [24]. *Georges L. Dreyfus* [11] hat es in dieser Diskussion als besonderes Verdienst *Kraepelins* hervorgehoben, daß dieser durch die Aufstellung des manisch-depressiven Irreseins endgültig mit den Übergangpsychen wie mit der sekundären Demenz gebrochen habe. Es ergibt sich aber aus der angeführten Diskussion deutlich, daß auch dadurch, daß katatonische Zustandbilder bei dem manisch-depressiven Irresein vorkommen, im bestimmten Fall nicht immer mit Sicherheit zu sagen ist, ob nun ein manisch-depressives Irresein oder eine Katatonie vorliegt, so daß schließlich bei meinem Fall 7 außer Dementia praecox eben auch noch ein manisch-depressives Irresein in Frage kommen



könnte. So ist, seitdem auch beim manisch-depressiven Irresein katatone Zustandbilder vorkommen dürfen, die Scheidewand zwischen dieser Psychose und der Dementia praecox zu einem guten Teil eingerissen worden. Man wird es nun schwer jemand übelnehmen können, wenn er auch zwischen diesen beiden Formen „Übergänge" sieht.

So hat denn auch *Bumke*[6] allerneuestens darauf aufmerksam gemacht, daß durch die Erweiterungen, welche das manisch-depressive Irresein durch *Georges L. Dreyfus*[11] und *Specht*[44] erfahren hat, der Begriff dieser Psychose zu verschwimmen droht. *Bumke*[6] führt eine Äußerung von *Moebius* an, nach welchem Autor alle endogenen Krankheiten durch Übergänge verbunden sind, und fügt hinzu: „Diese Auffassung von *Moebius*, die Ansicht von der Zusammengehörigkeit aller endogenen Geisteskrankheiten, ist, soviel ich sehe, niemals entschieden bestritten worden. Sie wird aber ignoriert und stillschweigend beiseite geschoben, wenn Fragen erörtert werden, wie die, welche *Dreyfus* und *Specht* behandelt haben." *Bumke* kommt dann selbst zu der Formulierung, es sei viel natürlicher, in allen diesen Psychosen (gemeint sind manisch-depressives Irresein, Paranoia und die alte Melancholie des Rückbildungalters, überhaupt alle funktionellen Geistesstörungen außer der Dementia praecox) „Spielarten der ererbten nervösen Entartung zu sehen, denen allen die Beziehung zur normalen Psychologie gemeinsam ist."

Läßt man nun neben dieser meines Erachtens durchaus berechtigten Zusammenfassung *Bumke*s noch „Übergänge" zwischen Dementia praecox und manisch-depressivem Irresein zu — und wer will behaupten, daß die Grenzen zwischen diesen beiden Psychosen so überaus scharf sind? — so haben wir eigentlich außer der Epilepsie, der progressiven Paralyse, den alkoholisch oder sonst toxisch und infektiös bedingten Psychosen, der Dementia senilis und andern auf arteriosklerose beruhenden Geistesstörungen alles in einem Topf und kommen der Wahrheit damit wohl wirklich am nächsten. Dennoch ist freilich kein anderer Weg gangbar, als daß wir, der relativen Bedeutung aller Scheidungen eingedenk bleibend, trotzdem solche stets aufs neue suchen, weil wir unmöglich zu jenem primitiven Zusammenwerfen der alten Autoren zurückkehren können. Die unfruchtbarste Weise aber, mag man allen jenen Scheidungen nun größere oder geringere Bedeutung zuerkennen, scheint mir immer zu sein, mit der Annahme von Kombination zu arbeiten außer da, wo es sich um zwei Psychosen handelt, von denen beide ihren Hauptsymptomen nach so sicher charakterisiert sind wie etwa typische Epilepsie und Paralyse. Wird ein Epileptiker paralytisch, so bleibt nichts übrig als dies Miteinander-



bestehen beider Krankheiten so gut anzuerkennen, als wenn ein Tuberkulöser an Krebs erkrankt. Es wird aber immer sehr schwer fallen, wenn wir bei einem Epileptiker manische Störungen beobachten, zu beweisen, daß es sich hier nicht um maniforme Zustandbilder eines epileptischen Irreseins handle, sondern um ein echtes manisch-depressives Irresein bei einem Epileptiker. Typische epileptische Krampfanfälle stellen zwar die Epilepsie sicher, manische Zustandbilder aber beweisen noch kein manisch-depressives Irresein, sondern kommen auch als Teilerscheinung des epileptischen Irreseins vor.

Damit ist natürlich nicht gesagt, daß wir im einzelnen Fall, wenn wir bei einem Individuum einerseits epileptische Krampfanfälle, andrerseits eine Psychose beobachten, welche allen an ein manisch-depressives Irresein zu stellenden Anforderungen entspricht, nicht mit einer gewissen Wahrscheinlichkeit zu dem Urteil kommen könnten, es gingen hier wirklich beide Krankheiten nebeneinander her, wie *Ugoletti* [49] das in seinem Fall annimmt, zwingend aber wird dieser Schluß kaum je sein. Daß ich, nach meinem eigenen Material zu urteilen, in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle bei Epilepsie eine gleichartige Vererbung fand, als typisch ätiologische Momente Potus und Epilepsie bei den Voreltern nachweisen konnte, muß uns bis auf weiteres noch annehmen lassen, daß bei diesen beiden vorzugweise in einzelnen Attacken, also „periodisch" sich äußernden Psychosen es sich um verschiedene Krankheitprozesse handelt, da wir im entgegengesetzten Fall (d. h. wenn Epilepsie und manisch-depressives Irresein etwa nur verschiedene Äußerungen der gleichen periodischen Psychose darstellten) einerseits die hereditären Verhältnisse auf beiden Seiten gleichartiger, andrerseits mehr Fälle zu finden erwarten dürften, welche wirkliche Übergangfälle darstellen. Wir haben zwar auf seiten des epileptischen Irreseins manische resp. manisch-depressive Zustandbilder, wir haben auf beiden Seiten einen vielfach in einzelnen Anfällen mit freiem Intervall sich bewegenden Verlauf, finden jedoch auf seiten des manisch-depressiven Irreseins selten epileptiforme Anfälle oder andre als epileptoid ansprechbare Erscheinungen.

IV. Zusammenfassung.

Ich komme nach dem früher Gesagten zu dem Schluß, daß Beziehungen des epileptischen Irreseins zu der manisch-depressiven



Psychose in dem Sinne, daß wir den Verdacht fassen könnten, epileptische wie manisch-depressive Störungen entsprängen einer Wurzel, seien verschiedene Äußerungen desselben Krankheitprozesses — eine Fragestellung, zu welcher ich, so kühn sie an sich scheinen mag, im Lauf meiner Untersuchung beiläufig, aber doch mit Notwendigkeit gelangte —, nicht nachweisbar sind. Was an dahin zielenden Fällen bisher veröffentlicht wurde, dürfte wesentlich dahin aufzufassen sein, daß es sich um manisch-depressive Zustandbilder bei epileptischem Irresein handelt. Beide Psychosen können früh beginnen, und wollte man einem Zusammenhang zwischen ihnen nachforschen, so wäre vor allem auf Fälle von sicherer genuiner Epilepsie zu fahnden, welche Krampfanfälle und etwa möglichst typisch epileptische geistige Störungen neben manisch-depressiven zeigten. Was ich an derartigen Fällen unter dem Material unserer Anstalt auffinden konnte, war gering. Von den nur mit Potus und Epilepsie hereditär belasteten Fällen ergab sich mir Fall 15 als sicheres epileptisches Irresein, auch Fall 16 noch als möglicherweise, wenn auch nicht beweisbar, epileptisch, während im Falle 17 die anamnestisch erwähnten Krampfanfälle des 13. Lebensjahrs allzuweit zurücklagen, nur während eines Jahres auftraten, auch die Dipsomanie des Bruders uns nicht viel sicherer stellte und die im 58. Lebensjahr in Erscheinung tretende Psychose mit ihren Vorläufersymptomen keine Anhaltpunkte bot, sie als epileptisches Irresein anzusprechen. Der letzte, von mir auffindbare Fall, in gewissem Sinne durch die schwere typisch epileptische Belastung hierher gehörig, sei zum Schluß noch hier eingeschaltet.

Fall 18. — Josef L., 1871 geboren, wurde von 1891 bis 1903 siebenmal in die Anstalt aufgenommen. Der Vater litt im ledigen Stande im Alter von 20 bis 30 Jahren an Fallsucht, starb durch Sturz vom Heuwagen. Ein Bruder der Mutter seit dem 28. Lebensjahr epileptisch, in Anstalt versorgt. Vater des Vaters Schnapspotator. Eltern im 4. Grade blutverwandt. Schwere Geburt des Pat. Pat. soll mit 6 Monaten an Krämpfen gelitten haben. Seit dem 7. Lebensjahr auffallender Stimmungwechsel. Pat. war bald sehr gedrückt, sprach nicht, weinte viel, bald schwatzte er sehr viel und war heiter. Seit dem 20. Lebensjahr Verschlimmerung dieser Zustände; es traten Benachteiligungsideen und schwachsinnige Größenideen auf. Wechselnder Schlaf. Von Anfällen, Schwindel, Bettnässen usw. nichts bekannt. Bei den 7 Aufnahmen hier bot Pat. stets das gleiche Bild: schwachsinniges, läppisches Wesen, manische Stimmung, psychomotorische Erregung. Pat.



singt, pfeift, johlt, lacht unmotiviert vor sich hin. Die Erregung ist bald stärker, bald geringer, nimmt aber nie sehr hohe Grade an. Aufnahmezeiten: 1 Monat 9 Tage, 4 Monate, 1 Monat 11 Tage, 1 Monat 20 Tage, 4 Monate 11 Tage, 19 Tage, 4 Monate 18 Tage in 12 Jahren. Ist die Erregung vorbei, ist Pat. wieder der alte und schafft daheim fleißig.

Ich bringe den Fall hier, weil er, wenn bei Josef L. auch kein epileptisches Irresein vorliegt — es läßt sich wohl kaum etwas anderes diagnostizieren als periodische Erregungzustände bei einem Imbezillen —, mir doch sehr enge Beziehungen zur Epilepsie zu haben scheint. Pat. ist von väterlicher wie mütterlicher Seite her mit Epilepsie belastet; dabei sind die Eltern noch im vierten Grade verwandt. Der Vatersvater war Potator. Pat. soll selber als Kind an Krämpfen gelitten haben, zeigte vom 7. Lebensjahre an in einer seiner ländlichen Umgebung auffallenden Weise Stimmungwechsel, Wechsel zwischen heiter-erregten, geschwätzigen und deprimierten Zeiten. Dieser Zustand verschlimmert sich mit dem 20. Lebensjahr, wo allerhand Benachteiligungs- und läppische Größenideen auftreten. Mit 20 Jahren kommt Pat. zum ersten Male in die Anstalt, mit 21, 26, 27, 31, 32 Jahren dann jeweils wieder. Die Demenz schreitet nicht mehr vorwärts, auch sonst geben die Krankengeschichten nichts, das auf Dementia praecox hinwiese, denn das vielfach betonte läppische Wesen des Pat. beruht auf seinem angeborenen Schwachsinn; aber er halluziniert nicht, hat keine Manieren, zeigt keinen Negativismus usw. Andererseits bieten seine Erregungzustände nichts, was für epileptische Delirien charakteristisch wäre. Es werden keine Dämmerzustände, keine Verworrenheit, keine Angst, keine für Epileptiker typische Halluzinationen beobachtet. So werden wir trotz der Erfahrung, daß die Epilepsie sich gerne gleichartig vererbt, und der andern, daß in der Aszendenz der Manisch-depressiven Epilepsie selten ist, bei der Diagnose: Erregungzustände eines Imbezillen bleiben. In der Anamnese ist von einem Wechsel zwischen gehobener und gedrückter Stimmung berichtet, während die Krankengeschichten der verschiedenen Aufnahmen von einem zirkulären Typus eigentlich wenig erkennen lassen. Auch diese Stimmungschwankungen des Josef L. als Stimmungschwankungen der Epileptiker im Sinne *Kraepelins* [28] und *Aschaffenburgs* [1] anzusehen, so verlockend das dem Fall gegenüber für mich ist, scheint mir doch nicht recht angängig. Dafür erscheinen sie mir, wenn auch nicht gerade langdauernd, doch zu selbständig,

zu sehr den Erregungzuständen eines manisch-depressiven Irreseins sich nähernd. Nach *Aschaffenburg* sind die Stimmungschwankungen der Epileptiker charakterisiert „durch den Mangel an psychologischer Begründung, der sich sowohl in dem plötzlichen Entstehen kundgibt, wie darin, daß die Zustände abklingen und verschwinden, ohne daß die Ursache, wenn man eine solche einmal gelegentlich zu finden glaubt, beseitigt wäre; bestehen bleiben, auch wenn sie aus dem Wege geräumt ist." Durch diesen Mangel an psychologischer Begründung mögen die epileptischen Stimmungschwankungen ja gut gegen die hysterischen abgrenzbar sein, durchaus, wie mir scheint, aber nicht gegen die periodischen Verstimmungen der leichtesten Fälle des manisch-depressiven Irreseins, der Zyklothymie. Allerdings, sind diese Zustände begleitet „von einer Reihe schwerer, körperlicher Erscheinungen, die auf eine Beteiligung des ganzen Nervensystems hinweisen" (*Aschaffenburg*), wird das Bild ein anderes sein, nur daß ich mir unter diesen „schweren körperlichen Erscheinungen" keine andern als solche vorstellen kann, welche an sich schon in genauerem Sinne auf Epilepsie hinweisen, so daß dann unsere Diagnose sich doch nicht nur auf die Stimmungschwankungen, sondern noch auf weitere epileptoide Momente stützt, wodurch die Bedeutung der Stimmungschwankungen als eines spezifisch epileptischen Symptoms zwar nicht aufgehoben wird, aber doch einige Einbuße erfährt. Auch *Kraepelin* verlangt ja, wenn keine Krampfanfälle beobachtet sind, „zuverlässige andersartige Erscheinungen der Epilepsie"; fragt sich nur, welche andersartige Erscheinungen zuverlässig genug sind. Stimmungschwankungen allein scheinen es mir nicht zu sein. *Roemer* [38] hat das „zwangweise Auftreten", den „monotonen Inhalt" bei der epileptischen Verstimmung betont und den darin sich zeigenden „krampfartigen, anfallartigen Typus" dieser Störungen, so daß die geschilderten Symptome „unmittelbar als anfallweise Steigerungen der epileptischen Charakterzüge" aufgefaßt werden könnten, sagt aber auch: „Naturgemäß wird eine epileptische Verstimmung ohne die anamnestischen Daten des Anfalls oder epileptoider Erscheinungen, ohne spezifische Charakterveränderung und ohne begleitende Krämpfe oft nicht als Äquivalent zu erkennen und namentlich unter dem Einfluß der Haft von Zuständen primärer Demenzformen kaum zu unterscheiden sein."



Wenn *Samt* zuerst das epileptische Irresein als eine Psychose von ganz bestimmtem Typus schilderte, tat er damit sicher das Richtige und Fördernde. Heute ist zu betonen, daß das einst von ihm gegebene Bild nicht alle Erscheinungsformen des epileptischen Irreseins umfaßt, daß bei den epileptischen Geistesstörungen so ziemlich alle uns überhaupt bekannten Zustandbilder vorkommen können. Daß es ein epileptisches Irresein gibt, Fälle existieren, welche epileptische Antezedentien vermissen lassen, dem ganzen Bilde nach aber doch als epileptische Geistesstörung, psychisch-epileptische Äquivalente aufzufassen sind, ist sicher. Die Frage ist nur, ob sich ein epileptisches Irresein in solchem Falle sicher diagnostizieren lassen wird. Eine weitere sodann, ob das, was wir unter der Bezeichnung: genuine Epilepsie zusammenfassen, überhaupt etwas durchaus Einheitliches ist.

Gaupp hat nachgewiesen, daß die Dipsomanie epileptischer Natur ist, indem er zeigte, daß eine ununterbrochene Reihe von den Dipsomanen mit epileptischen Krampfanfällen zu den andern führt, bei denen wir keine epileptischen oder epileptoiden Momente nachweisen können. Er hatte es dabei insofern gut, als er bei der Dipsomanie über ein ganz bestimmtes charakteristisches Symptom verfügte, eben die Trinkanfälle. Handelt es sich aber um die Abgrenzung rein psychischer Epilepsien von andern transitorischen Bewußtseinstörungen, so haben wir auf beiden Seiten gleiche oder doch sehr ähnliche Bilder, Verworrenheitzustände, ein traumhaft verändertes Bewußtsein. Und derartige Zustände kommen eben auch auf anderer als epileptischer Grundlage vor. Als ein wesentlicher Punkt scheint mir erwähnenswert der plötzliche Eintritt der psychischen epileptischen Störung mit gleichfalls in kurzem Zeitraum erfolgender Lösung, worin der psychisch epileptische Anfall dem körperlichen ähnelt. Im psychischen Anfall dann auch der schnelle Wechsel zwischen Erregung und Verworrenheit und Luzidität, auf welches „schnelle Nebeneinander von anscheinend geordneten, gleichgültigen, mehr unauffälligen Erscheinungen und von befremdlichen, unerwarteten Handlungen, oft mit dem Charakter der Gewalttätigkeit", auch schon *Siemerling* [41] hingewiesen hat als für die transitorischen Dämmerzustände der Epileptiker charakteristisch. Aber ähnliches kommt auch bei der Katatonie vor. So wird man oft nach

dem Eindruck urteilen müssen, und auch ich muß mich *Leidesdorf*, *Siemerling*, *Raecke* usw. mit der Behauptung anschließen, daß wir im allgemeinen ein epileptisches Irresein mit vollkommener Sicherheit nur diagnostizieren können, wenn epileptische Antezedentien nachgewiesen sind. Darüberhinaus können wir mit einer gewissen Sicherheit noch ein epileptisches Irresein annehmen bei den Fällen, in welchen das Bild der Psychose an sich ein möglichst typisches ist. D. h., wo wir anfallweise auftretende, mehrfache transitorische Bewußtseinstörungen mit raschem Beginn und ebenso schneller Lösung haben in Verbindung mit darauf folgender totaler oder partieller Amnesie, etwa möglichst typischen epileptischen Halluzinationen, Angst und in Analogie mit den *Samt*schen Fällen auftretenden Suizid- und Homizidneigungen. Auch jener von mir bei verschiedenen Fällen nachgewiesene rasche Wechsel zwischen Erregung- und Stuporzuständen scheint mir recht charakteristisch zu sein. Ferner jene transitorischen Bewußtseinstörungen mit ängstlicher Erregung, zum Teil auch Wutanfällen, denen dann unmittelbar ein stuporöser Zustand oder noch charakteristischer Schlaf folgt. Aber gerade diese Fälle werden meist sonstige epileptische oder epileptoide Erscheinungen nicht vermissen lassen.

Es ist *Samt*, *Greppin*, *Kraepelin* andrerseits vollkommen darin beizustimmen, daß der voll ausgebildete epileptische Krampfanfall nicht eine so außerordentlich kennzeichnende Bedeutung für das epileptische Irresein hat. Es ist diesen Autoren, besonders *Samt* und *Kraepelin*, zuzugeben, daß hier wie überall, aber eben überall, die Diagnose aus dem ganzen Krankheitbild zu stellen ist, nur daß der Nachweis „einer selbständigen, von äußeren Einflüssen wesentlich unabhängigen Periodizität der Störungen vom ersten Beginn der Krankheit an“ (*Kraepelin*) doch auch wieder nicht nur für die Epilepsie, sondern ebensogut für das manisch-depressive Irresein zutrifft.

Ich komme zu folgenden Schlüssen:

1. Das epileptische Irresein verläuft in einer großen Anzahl von Fällen nicht typisch. Deshalb ist bei der Diagnose eines epileptischen Irreseins der Nachweis von Krampfanfällen oder ihnen gleichwertig zu erachtenden Erscheinungen nicht zu umgehen, da sie erst in den weitaus meisten Fällen uns volle Sicherheit geben.



2. Das epileptische Irresein kann so ziemlich alle Zustandbilder aufweisen, welche überhaupt bei Geisteskrankheiten vorkommen.

3. Rein aus dem psychischen Bilde ohne die in 1 genannte Unterstützung durch körperlich epileptische Symptome dürften sich am ersten noch jene von *Samt* beschriebenen Fälle diagnostizieren lassen, welche typisch anfallweise auftretende transitorische Bewußtseinstörungen mit nachfolgender totaler oder partieller Amnesie und gewalttätigen Handlungen aufweisen, obwohl auch hier die Abgrenzung gegenüber katatonischen Zuständen nur bei genügend langer Beobachtung möglich sein wird.

4. Wegen der Vielgestaltigkeit des epileptischen Irreseins ist der Beweis eines Zusammengehens von Epilepsie mit einer funktionellen Psychose schwer zu erbringen, wenn auch die theoretische Möglichkeit einer derartigen Kombination nicht geleugnet werden kann.

Literatur.

1. *Aschaffenburg,* Stimmungschwankungen der Epileptiker. Halle a. S. 1906.
2. *v. Bechterew,* Epileptische und epileptoide Anfälle in Form von Angstzuständen. Neurolog. Zentralbl. Jahrg. XVII, 1898, Nr. 24
3. *Binswanger,* Epilepsie. Wien 1899.
4. *Bresler,* Manische Stadien bei Epilepsie. Psych.-neurol. Wochenschr. 1908, Nr. 30.
5. *Buchholz,* Über die chron. Paranoia bei epileptischen Individuen. Festschr. anläßl. des 50 jähr. Bestehens der Prov.-Irrenanst. zu Nietleben 1897.
6. *Bumke,* Über die Umgrenzung des man.-depr. Irreseins. Zentralbl. f. Nervenheilk. u. Psych. 1909, S. 381.
7. *Chotzen,* Zur Kasuistik der epilept. Psychosen. Psych.-neurol. Wochenschr. Jahrg. V, 1903/04, Nr. 39.
8. *Daiber,* Über Fälle von epilept. Psychosen. Zentralbl. f. Nervenheilk. u. Psych. Bd. 21, 1910, S. 70 (Autoreferat).
9. *Deiters,* Beitr. zur Kenntn. der Seelenstörungen der Epilept. Allgem. Zeitschr. f. Psych. Bd. LVI, S. 693.
10. *Doutrebente,* Manie remittante, double forme. Annal. méd.-psych. Tome XLIV, 1886, p. 177.
11. *Dreyfus, G. L.,* Die Melancholie ein Zustandsbild des man.-depr. Irreseins. Jena 1907.
12. *Esquirol,* Les maladies mentales, Paris 1838. Deutsch von *Bernhard.* 1838.



13. *Féré*, Les phobies épileptiques. Médecine mod. 1898.
14. *Fischer, Franz*, Zur Lehre vom epilept. Irresein. Arch. f. Psych. Bd. 15, S. 741.
15. *Flemming*, Pathologie u. Therapie der Psychosen. Berlin 1859.
16. *Forster*, Über das man.-depr. Irresein. Neurol. Zentralbl. 1909 Nr 3 S. 164, Nr. 5 S. 276.
17. *Fürstner*, Über einige nach epilept. u. apoplekt. Anfällen auftretende Erscheinungen. Arch. f. Psych. Bd. 17 S. 518.
18. *Gaupp*, Die Dipsomanie. Jena 1901.
19. *Gnauck*, Über Entwickl. von Geisteskrankh. aus Epilepsie. Arch. f. Psych. Bd. 12 S. 337.
20. *Greppin*, Das epilept. Irresein. Inauguraldissertation. Basel 1884.
21. *Griesinger*, Über einige epileptoide Zustände. Arch. f. Psych. Bd. 1 S. 320.
22. *Hajos*, Ein Fall von Folie circulaire auf wahrscheinlich epilept. Grundlage. Pester med. chirurg. Presse 1898.
23. *Heilbronner*, Über epilept. Manie nebst Bemerkungen über die Ideenflucht. Monatsschr. f. Psych. u. Neurol. Bd. XIII S. 903.
24. *Hoche*, Die Melancholiefrage. Zentralbl. f. Nervenheilk. u. Psych. Bd. 21, 1910, S. 58 (Autoreferat).
25. *Hoffmann, Fr.*, Über die Einteil. der Geisteskrankh. in Siegburg. Allgem. Zeitschr. f. Psych. Bd. 19 S. 367.
26. *Hoffmann, Heinr.*, Beobacht. u. Erfahr. über Seelenstörung u. Epilepsie. Frankfurt a. M. 1859.
27. *Kirn*, Period. Psychosen. Stuttgart 1878.
28. *Kraepelin*, Psychiatrie. 1904.
29. *v. Krafft-Ebing*, Untersuch. über Irresein zur Zeit der Menstruation. Arch. f. Psych. Bd. VIII.
30. Derselbe, Epilept. Manie. Jahrb. f. Psych. XX, Sitzungsberichte.
31. *Lange, H.*, Statist. Beitrag zur Ätiol. der Epilepsie. Psych.-neurol. Wochenschr. Nr. 35/36, 1899, S. 320.
32. *Leidesdorf*, Über die sogen. psych.-epilept. Äquivalente. Wiener med. Wochenschr. 1887.
33. *Magnan*, De la coexistance de plusieurs délires de nature différente chez le même aliéné. Arch. de neurol. 1880/81.
34. *Mordret*, De la folie à double forme. Paris 1883.
35. *Pilcz*, Die period. Geistesstörungen. Wien 1901.
36. *Pohl*, Über das Zusammenvorkommen von Epilepsie u. origin. Paranoia. Prager med. Wochenschr. 1880 Nr. 35.
37. *Raecke*, Die transitor. Bewußtseinsstör. der Epilept. Halle a. S. 1903.
38. *Roemer*, Beitrag zur Lehre von der epilept. Verstimmung. Monatsschr. f. Psych. u. Neurol. Bd. XXVI 1909. S. 237.
39. *Saiz*, Untersuch. über die Ätiol. der Manie, der period. Manie u. des zirk. Irreseins usw. Berlin 1907.

40. *Samt*, Epilept. Irreseinsformen. Arch. f. Psych. V u. VI.
41. *Siemerling*, Über die transitor. Bewußtseinsstör. der Epilept. Neurol. Zentralbl. XIV S. 885 (Autoreferat).
42. Derselbe, Epilept. Psychosen u. ihre Behandl. Berl. klin. Wochenschr. 1909 Nr. 1.
43. *Sommer*, Postepilept. Irresein. Arch. f. Psych. Bd. 11 S. 549.
44. *Specht*, Über die klin. Kardinalfr. der Paranoia. Zentralbl. f. Nervenh. u. Psych. 1908 S. 817.
45. *Svetlein*, Atropin u. seine Anwendung gegen Epilepsie. Psych. Studien von Prof. *Leidesdorf*. Wien 1877. S. 84.
46. *Taguet*, Contribution á l'étude du délire intermittent. Annal. méd.-psych. Paris 1882.
47. *Thomsen*, Dem. praec. u. man.-depr. Irresein. Allgem. Zeitschr. f. Psych. Bd. 64 S. 631.
48. Derselbe, Die akute Paranoia. Arch. f. Psych. Bd. 45 S. 927.
49. *Ugoletti*, Sui rapporti della psicosi man.-depr. coll'epilepsia. Riv. di Pat. nerv. e ment. XIII. 1908.
50. *Urstein*, Die Dem. praec. u. ihre Stellung zum man.-depr. Irresein. 1909.
51. *Vejas*, Epilepsie u. Verrücktheit. Arch. f. Psych. Bd. 17 S. 118.
52. *Weiss*, Die psych. Epilepsie. Psych. Stud. von Prof. *Leidesdorf*. Wien 1877. S. 24.
53. *Weygandt*, Über das man.-depr. Irresein. Berl. klin. Wochenschr. 1901.
54. *Witkowski*, Einige Bemerk. über Epilepsie. Allgem. Zeitschr. f. Psych. Bd. 37 S. 182.
55. *Ziehen*, Psychiatrie. Berlin 1894.
56. Derselbe, Beitr. zur Method. der Statist. u. der Klassifik. der Psychosen. Monatsschr. f. Psych. u. Neurol. Bd. XXII, 1907, S. 161.



Über Lebens- und Krankheitdauer bei Geisteskranken und einige verwandte Fragen[1].

Von

Rudolf Ganter, Wormditt (Ostpr.)

Es sollen uns hier beschäftigen: Das Alter bei der Aufnahme und beim Tod der Geisteskranken, die Dauer des Anstaltaufenthaltes und die Krankheitdauer vor der Aufnahme. Zuletzt sei noch untersucht, zu welcher Jahreszeit möglicherweise Aufnahmen und Todesfälle sich häufen.

Diese Fragen am Gesamtmateriale zu prüfen, würde zu ungenaue Ergebnisse liefern, weshalb wir die einzelnen Krankheitgruppen für sich vornehmen. Es sind dies die progressive Paralyse, die Dementia praecox, die senilen Störungen, d. h. die präsenile Melancholie u. dergl. (77 Fälle) zusammen mit der Dementia senilis (129 Fälle), die Epilepsie und die Imbezillität (Idiotie). Von andern Diagnosen haben wir nicht soviele Fälle, daß sie für unsere Statistik in Frage kommen könnten.

I. Die progressive Paralyse.

288 Fälle (215 M., 73 Fr.).

Das Durchschnittsalter bei der Aufnahme beträgt bei den Männern 43, bei den Frauen 43,9 Jahre. Auf die einzelnen Jahrzehnte verteilen sich die Aufnahmen:

Alter bei der Aufnahme	Männer	Frauen
20—30	8 = 3,7 %	5 = 6,8 %
31—40	82 = 38,1 %	19 = 26,0 %
41—50	72 = 33,0 %	32 = 43,8 %
51—60	50 = 23,4 %	15 = 20,5 %
61—70	3 = 1,4 %	2 = 2,7 %

[1]) Aus der Bezirksirrenanstalt Saargemünd i. L.



Das Durchschnittsalter bei der Aufnahme liegt bei den Frauen etwas höher als bei den Männern. Dasselbe fanden auch *Kraepelin* und *Heilbronner*. Von den Männern wurde bei uns der größte Prozentsatz im Alter von 31 bis 40, bei den Frauen im Alter von 41 bis 50 Jahren aufgenommen, und wenn man diese beiden Jahrzehnte noch einmal abteilt, so fällt bei den Männern wiederum die größere Zahl der Aufnahmen auf das 36. bis 40., bei den Frauen auf das 41. bis 45. Jahr. Mithin sind die gefährlichste Zeit für die Erkrankung die Jahre 35 bis 45. Fälle von Paralyse über das 60. Jahr hinaus sind zwar auch schon beschrieben worden, allein hier liegt der Verdacht einer falschen Diagnose nahe.

Man darf nun freilich die Zeit der Aufnahme nicht mit der der Erkrankung gleichsetzen. In einigen Fällen ließ sich aus der Anamnese ungefähr die Zeit der Erkrankung feststellen, d. h. die Zeit, wo die Kranken ihren Angehörigen auffielen.

Krankheitdauer vor der Aufnahme	Männer	Frauen
bis 6 Monate	25=24,0%	6=25,0%
„ 1 Jahr	29=27,9%	9=37,5%
„ 2 Jahre	25=24,0%	1= —
„ 10 „	23=22,1%	8=33,3%
über 10 „	1= —	— —
	103	24

Aus diesen wenn auch geringen Zahlen geht hervor, daß die Mehrzahl der Kranken doch innerhalb des ersten Jahres der Erkrankung zur Aufnahme gelangt, wodurch die vorige Statistik über das Aufnahmealter kaum merklich beeinflußt werden dürfte. Auffallend ist immerhin, wie lange eine nicht ganz kleine Zahl von Paralytikern zu Hause gehalten werden, bis sie zuletzt noch zum Sterben in die Anstalt gebracht werden.

Über die Dauer des Anstaltaufenthaltes ergeben sich folgende Zahlen:

In der Anstalt	Männer		Frauen	
bis 1 Monat	12	} 134=63,3%	3	} 37=49,3%
„ 6 Monate	89=41,4%		22=30,1%	
„ 1 Jahr	33		11	
„ 5 Jahre	74		32	
„ 10 „	4		3	
11—20 „	3		2	

Von den Männern stirbt die Hälfte, von den Frauen ein Drittel schon im ersten halben Jahr. Umgekehrt leben von den Frauen die



Hälfte, von den Männern nur ein Drittel länger als ein Jahr in der Anstalt. Nach *Heilbronner* starb ein Viertel noch innerhalb des ersten Vierteljahres. Ähnlich *Kaes*. Die durchschnittliche Aufenthaltdauer beträgt bei den Männern 1,8, bei den Frauen 2,5 Jahre. *Heilbronner* fand 1,3 und 1.8, *Kaes* 1,6 und 1,2 Jahre. Auch die Kuriositäten von 10 bis 20 jähriger Paralyse (längste Dauer 16 Jahre) kommen hier vor.

Das Durchschnittsalter beim Tod beläuft sich bei den Männern auf 44,8, bei den Frauen auf 46,4 Jahre. Nach *Brehm* lauten diese Zahlen 45,11 und 46,10. Nach Altersklassen verteilt:

Alter beim Tod	Männer	Frauen
20—30	5= 2,3%	2= 2,7%
31—40	66=30,7%	19=26,0%
41—50	80=37,2%	30=41,1%
51—60	59=27,4%	17=23,3%
61—70	5= 2,3%	5= 6,8%

Von den Männern und Frauen sterben die meisten in den Jahren 41 bis 50, und wenn man dieses Jahrzehnt teilt, so fallen die meisten Todesfälle auf die erste Hälfte: 41 bis 45. Wenn auch die durchschnittliche Dauer des Anstaltaufenthaltes bei den Frauen etwas länger ist als bei den Männern, so kommt dies wegen der Kleinheit des Unterschiedes in dieser Berechnung nicht zur Geltung.

II. Die Dementia praecox.

230 Fälle (98 M., 132 Fr.).

Durchschnittsalter bei der Aufnahme bei den Männern 33,6, bei den Frauen 35 Jahre.

Alter bei der Aufnahme	Männer	Frauen
10—20	7= 7,1%	6= 4,5%
21—30	33=33,7%	33= 25%
31—40	37=37,7%	62=46,9%
41—50	14=14,2%	22=16,6%
51—60	5= 5,1%	6= 4,5%
61—70	2= 2,0%	3= 2,2%

Auch hier kommen die Frauen etwas später zur Aufnahme als die Männer. Die größte Zahl wird zwischen 31 und 40 Jahren aufgenommen, wenn auch der Unterschied gegenüber dem dritten Jahrzehnt, wenigstens bei den Männern, nicht sehr erheblich ist. Übrigens darf man auch hier

nicht, noch viel weniger als bei der Paralyse, die Zeit der Aufnahme mit der der Erkrankung gleichsetzen, worauf die allerdings spärlichen Zahlen der folgenden Tabelle hinweisen.

Krankheitdauer vor der Anfnahme	Männer	Frauen
Bis 1 Jahr	12 = 38,8 %	8 = 17,0 %
„ 5 Jahre	13 = 41,9 %	18 = 38,3 %
„ 10 „	3 = 9,6 %	11 = 23,4 %
„ 20 „	2 = 6,6 %	7 = 14,9 %
„ 30 „	1	1
„ 40 „	—	2
	31	48

Darnach wird die Mehrzahl bis zu 5 Jahren zu Haus behalten, bei den Frauen noch ein erheblicher Teil bis zu 10 und sogar 20 Jahren. Mit Rücksicht auf diesen Befund glauben wir den Beginn der Erkrankung bei der Mehrzahl auf das dritte Jahrzehnt ansetzen zu dürfen, die Zahl *Kraepelins*, der den Anfang der Erkrankung für die Hälfte der Fälle auf das 16. bis 22. Lebensjahr verlegt, erscheint nach unserer Statistik etwas zu niedrig genommen.

Dauer des Anstaltaufenthaltes:

In der Anstalt	Männer		Frauen	
bis 1 Jahr	18	58 = 59,1 %	20	72 = 54,5 %
„ 5 Jahre	23		29	
„ 10 „	17		23	
„ 20 „	13	40 = 40,8 %	31	62 = 46,9 %
„ 30 „	16		11	
„ 40 „	9		9	
„ 50 „	2		9	

Fast die Hälfte dieser Kranken lebt länger als 10 Jahre in der Anstalt, manche bringen es beinahe zum 50 jährigen Anstaltjubiläum, und das, trotzdem nach einer unserer früheren Statistiken fast die Hälfte an Tuberkulose zugrunde geht. Die durchschnittliche Aufenthaltdauer beträgt bei den Männern 12,1, bei den Frauen 12,6 Jahre. Der Unterschied ist also nur gering.

Das Durchschnittsalter beim Tod beläuft sich bei den Männern auf 45,7, bei den Frauen auf 47,6 Jahre.

Der größte Prozentsatz der Todesfälle fällt bei den Männern auf das vierte, bei den Frauen auf das fünfte Jahrzehnt, ohne daß aber der Unterschied gegen das jeweils voraufgehende oder folgende Jahrzehnt



Alter beim Tod	Männer	Frauen
10—20	2= 2,0%	1= 0,7%
21—30	17=17,3%	18=13,6%
31—40	26=26,5%	28=21,2%
41—50	14=14,2%	35=26,8%
51—60	17=17,3%	18=13,6%
61—70	15=15,3%	21=15,9%
71—80	7= 7,1%	11= 8,3%

besonders groß wäre. Die Frauen erreichen ein etwas höheres Alter, im Durchschnitt 1,9 Jahre, als die Männer.

III. Die senilen Störungen.

283 Fälle (95 M., 188 Fr.).

Durchschnittsalter bei der Aufnahme bei den Männern 65,3, bei den Frauen 63,4 Jahre.

Alter bei der Aufnahme	Männer	Frauen
30—40	1	—
41—50	4= 4,2%	30=15,9%
51—60	29=30,5%	43=22,8%
61—70	35=36,8%	59=31,3%
71—80	20=21,0%	49=26,0%
81—90	6= 6,3%	7= 3,7%

Im Gegensatz zu den beiden vorigen Krankheitformen kommen hier die Frauen etwas früher, 2,1 Jahre, zur Aufnahme als die Männer. Der größte Prozentsatz der Aufnahmen fällt bei beiden Geschlechtern in das siebente Jahrzehnt. *Kraepelin* setzt den Beginn auf eine etwas spätere Zeit, auf das 65. bis 75. Lebensjahr. Bei uns erkrankt ein nicht unerheblicher Prozentsatz der Männer bereits im sechsten Jahrzehnt. Auch Fälle jenseits der 80 er Jahre gelangen noch zur Aufnahme.

Krankheitdauer vor der Aufnahme:

Krankheitdauer vor der Aufnahme	Männer	Frauen
bis 1 Jahr	15=40,5%	26=40,6%
„ 5 Jahre	18=48,6%	27=42,1%
„ 10 „	4=10,8%	7=10,9%
„ 20 „	—	4= 6,2%
	37	64



Der größte Prozentsatz der Kranken bleibt bis zu 5 Jahren zu Hause, doch steht der Prozentsatz derjenigen Kranken, die schon im ersten Jahr der Erkrankung zur Aufnahme gelangen, diesem nicht viel nach. Einige Frauen werden recht lange zu Hause behalten, bis 20 Jahre.

Dauer des Anstaltaufenthaltes:

In der Anstalt	Männer		Frauen	
bis 1 Monat	7	61=64,1 %	16	77=40,9 %
„ 6 Monate	43		38	
„ 1 Jahr	11		23	
„ 5 Jahre		18=18,9 %		66=35,1 %
„ 10 „		11=11,5 %		25=13,3 %
„ 20 „		5= 5,2 %	17	20=10,6 %
„ 30 „		—	2	
„ 40 „		—	1	

Bei den Männern stirbt mehr als die Hälfte schon innerhalb des ersten Jahres ihres Anstaltaufenthaltes, bei den Frauen lebt mehr als die Hälfte über ein Jahr in der Anstalt, 10,6 % sogar über 10 Jahre, bei den Männern nur 5,2 %. Die durchschnittliche Aufenthaltdauer ist bei den Männern 1,9, bei den Frauen 3,5 Jahre. Die Frauen bleiben also durchschnittlich 1,6 Jahre länger in der Anstalt.

Das Durchschnittsalter beim Tod berechnet sich bei den Männern auf 67,2, bei den Frauen auf 66,9 Jahre. Nach *Brehm* erreichten die Männer durchschnittlich ein Alter von 72,2 Jahren, eine bedeutend höhere Zahl als die unsrige. Hingegen stimmt seine Angabe bei den Frauen: 66,6 Jahre, mit der unsrigen fast vollständig überein.

Verteilung auf die Altersklassen:

Alter beim Tod	Männer	Frauen
40—50	4= 4,2 %	15= 7,9 %
51—60	21=22,1 %	35=18,6 %
61—70	34=35,7 %	59=31,3 %
71—80	25=26,3 %	65=34,5 %
81—90	11=11,5 %	14= 7,4 %

Während die durchschnittliche Lebensdauer bei Männern und Frauen fast gleich ist (bei den Männern um 0,3 höher), fällt hier der größte Prozentsatz der Todesfälle bei den Männern auf das siebente, bei den Frauen auf das achte Jahrzehnt, wobei aber bei diesen der Unterschied gegen das siebente Jahrzehnt nur gering ist.



IV. Die Epilepsie.

87 Fälle (48 M., 39 Fr.).

Durchschnittsalter bei der Aufnahme bei den Männern und Frauen je 32,4 Jahre. *Köhler* gibt dies Alter auf 22,8 Jahre an.

Alter bei der Aufnahme	Männer		Frauen	
10—20 Jahre	7	24	6	20
21—30 „	17		14	
31—40 „	12	24	9	19
41—50 „	8		6	
51—60 „	3		4	
61—70 „	—		—	
71—80 „	1		—	

Nach dieser Zusammenstellung werden ebensoviele Kranke vor wie nach dem 30. Lebensjahre aufgenommen. Viel weniger als bei den vorigen Krankheitgruppen hängt bei der Epilepsie die Zeit der Aufnahme von der Krankheit selbst ab, äußere Umstände oder gelegentliche Verschlimmerung der Krankheit kommen hier jedenfalls mehr in Betracht.

In einigen Fällen haben wir die Krankheitdauer vor der Aufnahme berechnen können.

Krankheitdauer vor der Aufnahme	Männer	Frauen
bis 5 Jahre	4	2
„ 10 „	7	1
„ 20 „	3	3
„ 30 „	3	—
„ 40 „	2	1
„ 50 „	—	1
	19	8

Wenn man die meist lange Krankheitdauer vor der Aufnahme berücksichtigt, so kommen wir zu demselben Ergebnis wie andere (*Binswanger, Féré, Köhler* usw.), daß die Krankheit in den meisten Fällen schon in den ersten beiden Jahrzehnten beginnt.

Dauer des Anstaltaufenthaltes:

In der Anstalt	Männer		Frauen	
bis 5 Jahre	26	34=70,8 %	19	28=71,7 %
„ 10 „	8		9	
„ 20 „	13		5	
„ 30 „	—		1	
„ 40 „	1		2	
„ 50 „	—		3	



Es sterben also 70% noch innerhalb der ersten 10 Jahre ihres Anstaltaufenthaltes, nach *Köhler* 75%. Die durchschnittliche Aufenthaltdauer beträgt bei den Männern 7,2, bei den Frauen 10,6 Jahre, bei diesen also 3,4 Jahre mehr.

Das Durchschnittsalter beim Tod beläuft sich bei den Männern auf 39,6, bei den Frauen auf 43,0 Jahre. Mithin erreichen die Frauen durchschnittlich ein um 3,4 Jahre höheres Alter.

Alter beim Tod	Männer	Frauen
10—20 Jahre	2	2
21—30 „	15	7
31—40 „	7	9
41—50 „	14	9
51—60 „	8	5
61—70 „	1	5
71—80 „	1	1
81—90 „	—	1

Bei den Männern treten als Sterbezeit das dritte und fünfte Jahrzehnt hervor, bei den Frauen tritt vom dritten bis siebenten Jahrzehnt kein großer Unterschied hervor.

Binswanger und *Köhler* behaupten, daß die Epilepsie lebensverkürzend wirke. *Köhler* stützt sich dabei auf Vergleiche mit den Todesfällen bei andern Geisteskrankheiten, was nach meiner Ansicht nicht tunlich ist, da diese doch zu den verschiedensten Lebensaltern ausbrechen und in ganz verschiedener Weise zerstörend auf den Organismus einwirken (progressive Paralyse!). Einzig und allein mit der Imbezillität (Idiotie) darf ein Vergleich angestellt werden, da sie gewisse Beziehungen zueinander haben, insofern sie vielfach zusammen sich finden und die Epilepsie meist recht frühzeitig beginnt, und da werden wir allerdings aus der folgenden Statistik über Imbezillität sehen, daß die Epileptiker durchschnittlich 7 bis 10 Jahre früher sterben als die Imbezillen. Wir erklären dies daraus, daß die Anstaltbehandlung auf die Imbezillität in höherem Maße konservierend wirkt als auf die Epilepsie. Stellen wir einen Vergleich mit der gesunden Bevölkerung an. In den Jahren 1870 bis 1880 betrug die durchschnittliche Lebensdauer bei den Männern 38,1, bei den Frauen 42,5 Jahre. Bei uns lauten diese Zahlen 39,6 und 43,0 Jahre, also gar kein Unterschied. Seitdem ist allerdings die mittlere Lebensdauer bei der gesunden Bevölkerung erheblich gestiegen, in dem Zeitraum 1890 bis 1900 auf 48,8 Jahre bei den Männern und 54,9 Jahre bei den Frauen. Bei der ganzen Frage über die Lebensdauer der Epileptiker muß übrigens auch berücksichtigt werden, ob die Aufnahmen in Irrenanstalten stattfindet, wo es sich vorwiegend um Erwachsene handelt, oder in besonderen Anstalten, wohin

auch eine mehr oder weniger große Anzahl Kinder gelangen. So fand *Habermaas* als durchschnittliche Lebensdauer nur 25 Jahre.

V. Die Imbezillität (Idiotie).

48 Fälle (19 M., 29 Fr.).

Durchschnittsalter bei der Aufnahme bei den Männern 39,6, bei den Frauen 36,6 Jahre.

Alter bei der Aufnahme	Männer	Frauen
10—20	1	2
21—30	1	7
31—40	10	10
41—50	3	7
51—60	4	3

Die größte Anzahl kommt im vierten Jahrzehnt zur Aufnahme, bei den Frauen ist der Unterschied gegen das vorhergehende und nachfolgende Jahrzehnt geringer. Die Frauen kommen durchschnittlich drei Jahre früher zur Aufnahme, was wohl daher kommt, daß die Männer länger ohne besonderes Aufsehen herumvagabundieren können als die Frauen, die sich hier früher unmöglich machen.

Dauer des Anstaltaufenthaltes:

In der Anstalt	Männer		Frauen	
Bis 5 Jahre	7	11	9	16
„ 10 „	4		7	
„ 20 „	7	8	5	13
„ 30 „	—		4	
„ 40 „	1		4	

Eine besondere Zahl tritt hier nicht hervor. Annähernd die Hälfte verweilt über 10 Jahre in der Anstalt. Die durchschnittliche Aufenthaltdauer beträgt bei den Männern 10,6, bei den Frauen 14,1 Jahre, bei diesen also 3,5 Jahre mehr. Die imbezillen Frauen erreichen demnach überhaupt die höchste Dauer des Anstaltaufenthaltes.

Das Durchschnittsalter beim Tod berechnet sich bei den Männern auf 50,2, bei den Frauen auf 50,7 Jahre, ist also nahezu gleich.

Darnach fällt kein Jahrzehnt besonders auf. Die durchschnittliche Lebensdauer unserer Fälle von Imbezillität bewegt sich um die Grenze der Lebensdauer der gesunden Bevölkerung: dort 50,2 und 50,7, hier 48,8 und

Alter beim Tod	Männer	Frauen
20—30	—	3
31—40	3	5
41—50	6	7
51—60	7	5
61—77	3	7
71—80.	—	2

54,9 Jahre. Wir dürfen freilich wegen der Kleinheit unseres Materials nicht verallgemeinern. —

Zuletzt wollen wir noch die Frage beantworten, ob zu gewissen Jahreszeiten besonders zahlreiche Aufnahmen oder Todesfälle zusammentreffen. Es handelt sich im ganzen um 940 Kranke. Die folgende Tabelle bringt die Aufnahmen in den einzelnen Monaten:

I	II	III	IV	V	VI
75=7,9%	71=7,5%	80=8,5%	66=7,0%	87=9,2%	83=8,8%

VII	VIII	IX	X	XI	XII
84=8,9%	79=8,4%	83=8,8%	85=9,0%	72=7,6%	75=7,9%

Wir sehen, daß kaum nennenswerte Unterschiede in den einzelnen Monaten bestehen. Doch sind in den Sommermonaten die Aufnahmen etwas zahlreicher als in den Wintermonaten, was deutlicher aus der folgenden Halbjahrzusammenstellung hervorgeht:

Aufnahmen von Oktober—März 458 = 49,7%
„ „ April—Sept. 482 = 51,2%.

Todesfälle auf die einzelnen Monate berechnet:

I	II	III	IV	V	VI
100=10,6%	66=7,0%	92=9,7%	112=11,9%	88=9,3%	64=6,8%

VII	VIII	IX	X	XI	XII
64=6,8%	49=5,2%	52=5,8%	85=9,0%	90=9,5%	75=7,9%

Die Todesfälle fallen vornehmlich auf die Wintermonate, was die folgende Tabelle noch mehr veranschaulichen soll:

Todesfälle von Oktober—März 508 = 54,0%
„ „ April—Sept. 432 = 45,9%.

Zusammenfassung: Das Durchschnittsalter für die Aufnahme fällt bei der progressiven Paralyse in das 5. Jahrzehnt (und

zwar in die erste Hälfte), bei der Dementia praecox, Epilepsie, Imbezillität in das 4. Jahrzehnt (und zwar bei den beiden ersten in die erste, bei der letzten in die zweite Hälfte), bei den senilen Störungen in das 7. Jahrzehnt (und zwar in die erste Hälfte). Bei der progressiven Paralyse und der Dementia praecox kommen im Durchschnitt die Frauen etwas später, bei der Epilepsie zu gleicher Zeit, bei der Imbezillität und den senilen Störungen etwas früher zur Aufnahme. Bei der progressiven Paralyse werden die meisten Kranken bereits innerhalb des ersten Jahres der Erkrankung in die Anstalt gebracht. Bei der Dementia praecox und annähernd auch bei den senilen Störungen wird die Mehrzahl bis zu 5 Jahren und länger zu Hause behalten. Bei der Epilepsie hat die Krankheit meist schon lange Zeit vor der Aufnahme bestanden. Im ganzen gewinnt man den Eindruck, daß nicht so sehr die Erkrankungen an sich, als vielmehr äußere Umstände die Aufnahme herbeiführen.

Die Durchschnittsdauer des Anstaltaufenthalts ist bei der Dementia praecox (12 Jahre) und der Imbezillität am längsten, dann folgt in nicht zu fernem Abstand die Epilepsie, am kürzesten ist sie bei den senilen Störungen (1,9 bis 3,5 Jahre) und erst recht kurz bei der progressiven Paralyse (1,8 bis 2,5 Jahre). Bei den Frauen währt sie immer mehr oder weniger länger als bei den Männern.

Das Durchschnittsalter beim Tod überschreitet das Jahrzehnt, in dem die Aufnahme stattfand, nur bei der Dementia praecox und Imbezillität und erreicht bei der Epilepsie wenigstens die Grenze. Die Frauen gelangen im allgemeinen zu einem etwas höheren Alter. Dies gilt auch, wie wir oben gesehen haben, für die gesunde Bevölkerung, wo die Frauen im Durchschnitt ziemlich viel älter werden. Gegenüber der Statistik der gesunden Bevölkerung von 1870 bis 1880 ist die durchschnittliche Lebensdauer bei der Dementia praecox sogar höher und bleibt nur gegen die Statistik von 1890 bis 1900, besonders auffallend bei den Frauen, zurück, während die Imbezillität sich innerhalb der Zahl dieser Statistik bewegt. Es wäre interessant, an dem großen Material alter Irrenanstalten — manche werden bald ihr 100 jähriges Jubiläum feiern können — zu untersuchen, ob auch in der Anstalt, wie draußen bei der gesunden Bevölkerung, die Lebensdauer der Kranken gestiegen ist. Vielleicht wirken die neueren Behandlungsmethoden lebenverlängernd.

In den Sommermonaten wiegen die Aufnahmen, in den Wintermonaten die Todesfälle vor.

Literatur.

Kraepelin, Psychiatrie. Leipzig 1909.

Heilbronner, Über Krankheitdauer und Todesursache bei der progressiven Paralyse. Allg. Zeitschr. f. Psychiatrie. 1895. Bd. 51, S. 22.

Kaes, Statistische Betrachtungen über die progressive Paralyse. Ebenda Bd. 51, S. 113.

Brehm, Über die Todesfälle der Irrenanstalt Burghölzli. Ebenda Bd. 54, S. 373.

Köhler, Die Lebensdauer der Epileptiker. Ebenda Bd. 43, S. 471.

Habermaas, Über die Prognose der Epilepsie. Ebenda Bd. 58, S. 243.

Binswanger, Die Epilepsie. Wien 1899.

Féré, Les épilepsies et les épileptiques. Paris 1890.



Arbeitstherapie.[1])

Von

Direktor Dr. **Dees**-Gabersee.

> Vom Lager auf, ihr Knechte! Mann für Mann!
> Laßt glücklich schauen, was ich kühn ersann!
> Ergreift das Werkzeug, Schaufel rührt und Spaten!
> Das Abgesteckte muß sogleich geraten.
> Auf strenges Ordnen, raschen Fleiß
> Erfolgt der allerschönste Preis.
>
> Goethe, Faust II, V. 5.

Die Arbeitstherapie in Irrenanstalten ist ebenso wie die Familienpflege eine Errungenschaft der neueren Zeit. Aber auch aus früheren Zeiten sind einige, wenn auch nur spärliche Angaben über die Verwendung von Geisteskranken zu nützlicher Arbeit vorhanden, die gelegentlich von Schriftstellern und Dichtern gemacht wurden.

Als Beispiel dafür, daß es schon im Mittelalter Anstalten gab, in denen die Beschäftigung der Geisteskranken in mustergültiger Weise gepflegt wurde, ist bekannt das große Spital bei Saragosse, das 1425 für Kranke aller Art, besonders für Geisteskranke errichtet wurde. Die vom Stifter dieses Spitals aufgestellten Instruktionen können noch heute als Muster dienen, und die Berichte über die dortigen Betriebe lauten, wie wenn sie von einer modernen Heil- und Pflegeanstalt kämen.

„Vom Morgen an", heißt es in den betreffenden Geschichtswerken (*Pinel, Reil, Ullersperger*), „sieht man einige Pfleglinge, die Dienste im Hause versehen, andere in ihre Werkstätten sich begeben. Die Mehrzahl verteilt sich unter Leitung einiger verständiger und einsichtvoller Führer in verschiedene Gruppen, die sich mit Fröhlichkeit in die verschiedenen Gebiete des zu dem Hospitale gehörigen Feldes zerstreuen und die je nach der Jahreszeit treffenden Arbeiten mit Eifer vornehmen. Sie

[1]) Vortrag, gehalten am 6. Oktober 1910 auf dem 4. internationalen Kongreß zur Fürsorge für Geisteskranke zu Berlin.



bauen Weizen, Hülsenfrüchte, Küchenkräuter an, befassen sich wechselweise mit der Ernte, dem Dreschen, der Wein- und Olivenlese und genießen Abends in ihrem einsamen, aber glücklichen Asyle Ruhe und ungestörten Schlaf."

Von besonderem Interesse sind die Ansichten Goethes über Arbeitstherapie, wie er sie in „Wilhelm Meisters Lehrjahre", also etwa in der Zeit 1780—90, Kap. XV, äußert:

Gelegentlich eines Besuches, den Wilhelm bei dem Landgeistlichen machte, bei dem er den geisteskranken Harfner untergebracht hatte — also Familienpflege! — fiel natürlich ihr Gespräch auf die Methode, Wahnsinnige zu kurieren.

Außer dem Physischen, sagte der Geistliche, das uns oft unüberwindliche Schwierigkeiten in den Weg legt, und worüber ich einen denkenden Arzt zu Rate ziehe, finde ich die Mittel, vom Wahnsinn zu heilen, sehr einfach. Es sind dieselben, wodurch man gesunde Menschen hindert, wahnsinnig zu werden. Man errege ihre Selbsttätigkeit, man gewöhne sie an Ordnung .... Ich habe des alten Mannes (Harfner) Stunden eingeteilt; er unterrichtet einige Kinder auf der Harfe, er hilft im Garten arbeiten und ist schon viel heiterer. Er wünscht von dem Kohle zu genießen, den er pflanzt .... Ein tätiges Leben führt so viele Ereignisse herbei, daß er bald fühlen muß, daß jede Art von Zweifel nur durch Wirksamkeit gehoben werden kann.

Dreifach belebt ward die Unterhaltung als der Medikus eintrat, der den Geistlichen, seinen Freund, öfter zu besuchen und ihm bei seinen menschenfreundlichen Bemühungen beizustehen pflegte. Es war ein ältlicher Mann, der bei einer schwächlichen Gesundheit viele Jahre in Ausübung der edelsten Pflichten zugebracht hatte. Er war ein großer Freund vom Landleben und konnte fast nicht anders als in freier Luft sein; dabei war er äußerst gesellig und tätig und hatte seit vielen Jahren eine besondere Neigung, mit allen Landgeistlichen Freundschaft zu stiften. Jedem, an den er eine nützliche Beschäftigung erkannte, suchte er auf alle Weise beizustehen; anderen, die noch unbestimmt waren, suchte er eine Liebhaberei einzureden; und da er zugleich mit den Edelleuten, Amtmännern und Gerichtshaltern in Verbindung stand, so hatte er in der Zeit von 20 Jahren sehr viel im Stillen zur Kultur mancher Zweige der Landwirtschaft beigetragen, und alles, was dem Felde, Tieren und Menschen ersprießlich ist, in Bewegung gebracht, und so die wahrste Aufklärung gefördert. Für den Menschen, sagt er, sei nur das eine von Unglück, wenn sich irgend eine Idee bei ihm festsetze, die keinen Einfluß ins tätige Leben habe oder ihn gar vom tätigen Leben abziehe.

Dieser Medikus ist ein wirklich idealer Arbeitstherapeut und die Figur wohl nach dem Leben gezeichnet. Es wäre interessant, die Persönlichkeit, soweit sie nicht Goethescher Denkweise, deren höchstes



Ziel die werktätige Entfaltung der Kräfte zu steigender Vollkommenheit ist, selbst entspricht, festzustellen und seinen Namen der Vergangenheit zu entreißen [1]).

Man mag über die psychiatrischen Anschauungen Goethes urteilen wie man will, diejenigen über Arbeitstherapie und Arbeitstherapeuten, wie auch über Familienpflege, sind jedenfalls beachtenswert.

Als um die Wende des 19. Jahrhunderts die stets mit Ehrfurcht genannten Vertreter der wissenschaftlichen Psychiatrie den in den Anstalten befindlichen Geisteskranken größere Freiheit gaben, erkannten sie sofort, daß Freiheit ohne Werktätigkeit ein bedenkliches Geschenk sei, und verlangten, daß die Freiheit auch nutzbringend verwertet werde.

Die Überschrift *Pinels* über dem 21. Kapitel seiner medizinisch-philosophischen Abhandlungen: „Eine mechanische Beschäftigung soll das Grundgesetz eines jeden Irrenhauses sein", wird stets maßgebend bleiben, und was er in diesem Kapitel sagt, verdient immer und immer wieder beherzigt zu werden. „Es ist kein erst aufzulösendes Problem, vielmehr ist es das bewährteste und einstimmgiste Resultat der Erfahrung, daß in allen öffentlichen Asylen das sicherste und vielleicht das einzige Mittel, die Gesundheit, gute Sitten, gute Ordnung zu erhalten, das streng zu befolgende Gesetz einer mechanischen Beschäftigung sei. — Diese Wahrheit ist besonders auf die Irrenhäuser anwendbar, und ich bin fest überzeugt, daß keine Anstalt dieser Art von Dauer und von anhaltender Nützlichkeit sein kann, wenn sie nicht auf dieser Grundlage ruht. Die wenigsten Wahnsinnigen, nicht einmal im Zustande der Raserei, sollten von einer Beschäftigung ferngehalten werden. Anhaltende Arbeit ändert die irrige Verknüpfung ihrer Ideen, fixiert ihre Verstandesfähigkeiten, indem sie dieselben beschäftigt, erhält die Ordnung, und macht eine Menge kleinlicher und oft unnützer Vorschriften entbehrlich, welche die innere Sicherheit bezwecken sollen. Die Rückkehr der Wahnsinnigen zu ihren früheren Beschäftigungen, ihr Eifer und ihre Ausdauer dabei sind stets von guter Vorbedeutung für ihre Wiederherstellung." Ähnlich sprachen

[1]) Meine Bemühungen, den würdigen Kollegen zu identifizieren, waren bis jetzt leider ergebnislos, vielleicht gelingt dies einem Goetheforscher, dem ich dafür besonders dankbar wäre.

sich *Reil*, *Heinroth* u. a. aus. Nach *Damerows* Ansicht ist Müßiggang der Irren aller Irrenanstaltfehler Anfang, und *Griesinger* tat den Ausspruch: „Müßigang ist für den Irren, gerade wie für den Gesunden, das Geisteszerstörendste, was es gibt."

Wenn *Pätz*, der erfolgreichste Fürsprecher der Arbeitstherapie, sagt:

„Über die Vorzüge der Arbeit und zumal der mit reichlicher Bewegung im Freien verbundenen Garten- und Feldarbeit, als eines der wertvollsten ärztlichen Behandlungsmittel, über ihren Wert für die Ordnung und Disziplin, für die wirtschaftlichen und finanziellen Ergebnisse der Anstalt sind heutzutage die Irrenärzte und Verwaltungsorgane wohl fast ohne Ausnahme einig",

so habe ich, obwohl ein begeisterter Anhänger dieser, von Altscherbitz inaugurierten Arbeitstherapie, doch das Gefühl, daß man mit der methodischen Beschäftigung der Anstaltpfleglinge noch nicht überall auf dem richtigen Wege ist, und daß es auch heute noch verdienstvoll sein kann, für die Arbeitstherapie Propaganda zu machen. Denn gerade im letzten Dezenium sind, allerdings mehr der Not gehorchend, großartige, luxuriös ausgestattete Anstalten entstanden, die schon nach ihrer Anlage ungeeignet sind, die Kranken zweckmäßig und soweit zu beschäftigen, als es erwünscht ist. Die Gebäude sind teilweise förmliche Paläste, die aber trotz ihrer Großartigkeit den Eindruck des Unbehilflichen machen, gerade als ob sie den Eintretenden sagen wollten: Hier ist euch mehr geboten, als ihr billig verlangen könnt, also bescheidet euch und richtet euch ein, — im übrigen lasciate ogni speranza etc. nach *Dante* —.

Wir scheinen wieder in einer Übergangzeit zu leben; die guten Ansätze, welche die 80er und 90er Jahre gebracht, scheinen wieder zu verschwimmen, und es beschleicht einen eine gewisse Verzagtheit, wenn man das als gut und nützlich Erkannte oft so mangelhaft verwertet sieht, und wenn man in der allerneuesten Zeit Bestrebungen des organisierten Pflegepersonals begegnet, welche gegen die Arbeitstherapie gerichtet sind und deshalb ärztlicherseits nicht scharf genug verurteilt und zurückgewiesen werden können.

In vorzüglicher Weise hat *Starlinger* vor zwei Jahren die Bedeutung der Arbeitstherapie gewürdigt und gesagt: „Es ist mir unbegreiflich, daß man den Wert der Arbeitstherapie in den Irrenanstalten noch heutzutage ganz verkennen kann, und einfach sagt: Ja, ge-

arbeitet wurde doch immer in den Anstalten! Gewiß! aber gerade revolutionierend [1]) muß die Arbeitstherapie auf den Geist und das Leben in den Heil- und Pflegeanstalten wirken." Sie soll, möchte ich hinzufügen, kein dilettantisches laisser faire, laisser aller sein, sondern ein, in sorgfältig prüfender Methode ausgedehntest angewendetes Heil- und Erziehungsmittel.

Starlinger erkennt auch ganz richtig, daß die Arbeitstherapie naturgemäß in mancher Anstalt zu einer großen Ausdehnung nicht kommen kann, wenn die lokalen Verhältnisse, die Art der Kranken nicht darnach ist, dies zu ermöglichen. Dies mag sein in manchen bereits vorhandenen Anstalten. Aber die Zahl der Anstalten ist immer noch im Zunehmen, und man soll wenigstens bei Gründung von neuen Anstalten besonders auf die Möglichkeit der ausgedehntesten Arbeitstherapie Bedacht nehmen. Dies gilt begreiflich am meisten von den Anstalten für Jugendliche, die zum Teil als förmliche Lehr- und Erziehungsanstalten eingerichtet werden können, und in denen methodische Beschäftigung in der weitest gehenden Form eingeführt werden und sich entfalten kann. Manchen Fingerzeig können uns auch in dieser Hinsicht die Pädagogen geben, die in Schulen für Schwachsinnige, z. B. in der musterhaft geleiteten Anstalt Chemnitz-Altendorf, einen förmlichen Tätigkeitunterricht methodisiert haben. — — —

Man hat in den letzten Jahren viel über den Wert der großen und kleinen Anstalten geschrieben und gesprochen. Wenn das stolze Wort — Arbeitstherapie — nicht Schall, sondern die Arbeit wirklich ein wichtiger Heilfaktor ist, so ist die Frage, ob große oder kleine Anstalten den Vorzug verdienen, entschieden im Sinne der kleinen Anstalten gelöst, denn streng methodische und individualisierende Arbeitstherapie ist nur in kleinen Anstalten denkbar, Massenarbeitstherapie in großen Anstalten ein Unding [2]).

[1]) Vor Jahren wurde einmal ein Landesausschußmitglied nach Gabersee beordert, um die Verhältnisse, wegen Neugründung einer Anstalt, in Augenschein zu nehmen. Er kam mit dem Berichte in seine Heimat zurück, er habe in Gabersee nicht gefunden, was man suche. Das sei keine Irrenanstalt, die Leute seien alle bei der Arbeit, und man könnte dieselben wohl alle entlassen. — Ein besseres Zeugnis hätte der gute Mann der Arbeitstherapie und ihrer revolutionierenden Wirkung nicht ausstellen können.

[2]) Diese Ausführung fand in der Diskussion den Widerspruch *Simons*.



Wenn wir durch Kultivierung der Arbeitstherapie den höchsten Zielen des Lebens nachzustreben suchen, brauchen wir nicht mit *Bresler* zu fürchten, daß wir „unbewußt Zwecken des Arbeitshauses zusteuern“.

Wie der gesunde Sinn es ahnen und Aussprüche von Dichtern und Philosophen es andeuten, daß besonders das Landleben, die landwirtschaftliche Beschäftigung geeignet seien, günstig auf Sinneskranke zu wirken, so sind es die Ärzte, vor allem die Irrenärzte, denen die Aufgabe zufällt, sich dieses Heilmittel zunutze zu machen.

Die in der Nähe von großen Städten und Industriezentren gelegenen großen Anstalten eignen sich naturgemäß weniger für landwirtschaftliche Tätigkeit, nur behaupte man nicht, daß sich die Städter gar nicht dafür eignen.

Die Bevölkerung des Landkreises Oberbayern, welche den Aufnahmebezirk für Gabersee bildet, ist nicht rein ländlich. Er hat unter 800 000 Bewohnern ungefähr auch 100 000 Einwohner städtischen Charakters, aber ich könnte nicht sagen, daß die aus unseren Mittel- und Kleinstädten kommenden Kranken sich weniger für landwirtschaftliche Beschäftigung eignen, als die ländlichen Pfleglinge, und daß sie uns dabei größere Schwierigkeiten gemacht hätten, wie die andern. Eine Auswahl der Kranken findet — das sei nebenbei ausdrücklich hervorgehoben — in Gabersee nicht statt; es werden in Gabersee alle Kranken des Aufnahmebezirks, mit Ausnahme der geisteskranken Strafgefangenen, aufgenommen, da wir die gleichen Aufnahmebedingungen wie Eglfing haben.

In detachierten kolonialen Abteilungen, Maierhöfen, kann sich übrigens auch in großstädtischen Anstalten die landwirtschaftliche Tätigkeit ganz segensreich entfalten. Gartenbau und Werkstättenbetrieb können eine ziemliche Ausdehnung gewinnen.

Mit den Details der landwirtschaftlichen Tätigkeit will ich mich nicht befassen. Einige Worte seien jedoch der Waldwirtschaft gewidmet, die mancherorts neben dem Acker- und Wiesenbau den wichtigsten Teil des agrikolen Betriebes bildet, weil über diesen Betrieb, leicht verständlich, noch die meiste Unklarheit zu bestehen scheint.

In Gabersee besitzen wir große Wälder, und ein großer Teil des Heizmaterials ist Brennholz. Die Wald- und Holzarbeit bietet nun eine große Menge Arbeitgelegenheit, besonders auch im Winter,



zu welcher Zeit es naturgemäß an anderer Arbeitgelegenheit fehlt: als Anlegen und Unterhalt der Pflanzbeete, Verpflanzen, Durchforsten, Fällen, Abforsten, Roden, Zerkleinern und Abfahren des Brennholzes usw. Wo es möglich ist, wird also eine neue Anstalt mit agrikolen Tendenzen in eine Gegend zu verlegen sein, die neben anderen auch den Vorzug des großen Waldbesitzes hat. Bei richtiger Auswahl der Kranken braucht man Unglückfälle und Entweichungen bei den Waldarbeiten nicht zu befürchten. Sie waren in Gabersee — unberufen — auffallend selten und haben gar keine Bedeutung gegenüber den Vorteilen, welche die Waldwirtschaft so mannigfaltig bietet.

Welches sind nun die Erfolge der Arbeitstherapie? Besserungs- und Heilungsresultate, mit andern Worten, der Wert der Arbeitstherapie läßt sich naturgemäß nicht ziffernmäßig feststellen. Hier entscheidet, wie bei so vielen anderen Imponderabilien die allgemeine Erfahrung. Wir müssen uns deshalb hierin auf kompetente Beurteilung verlassen.

Kraepelin sagt in der neusten Auflage seiner Psychiatrie 1909 einmal S. 653: „Einen überaus bedeutsamen Fortschritt hat die Ausbildung der großen Anstalten in der neueren Zeit erfahren durch die Entwicklung der sogenannten Kolonien, in denen man, soweit wie irgend möglich, die Kranken zu einer freien Beschäftigung mit ländlichen Arbeiten heranzuziehen sucht. In dieser besten und verhältnismäßig billigsten Verpflegsart dürfte die ganze Frage der Irrenfürsorge auf lange Zeit hinaus ihre endgültige Lösung gefunden haben." Ein andermal S. 654: „Ich selbst habe Gelegenheit gehabt, Kranke, die jahrelang in der geschlossenen Anstalt (zu München) gelebt hatten, unter dem Einflusse der freien Bewegung und selbständigeren Beschäftigung in der Kolonie Gabersee auf geradezu überraschende Weise geistig aufleben zu sehen."

Das ist schließlich doch etwas. Und wenn wir auch mit vielen Kranken nicht weiter kommen als die geschlossenen Anstalten, so können wir doch vielen ein menschenwürdigeres Dasein bereiten und ihnen einen Lebenzweck geben. Das Urteil *Kraepelins* ist zwar ein allgemeines, es wird mir jedoch Veranlassung sein, diese auffälligen Kranken herauszunehmen und den Unterschied in ihrem Verhalten anschaulich nach der Krankheitgeschichte darstellen zu lassen, d. h. die Ursache ihres verschiedenen Verhaltens festzustellen.

Wir haben höchstens einen Maßstab, das Geleistete einigermaßen zu messen, das ist das finanzielle Ergebnis. So wenig aber die Tätigkeit eines Arztes nach seinen finanziellen Erfolgen beurteilt

werden kann, so wenig auch die Arbeitstherapie. Aber der finanzielle Gewinn ist immerhin ein Maßstab, wenn auch nur ein einseitiger.

Wenn man das finanzielle Ergebnis der in einem Betriebe geleisteten Arbeit feststellen will, ist es nötig, daß für diesen Betrieb eine eigene Rechnung geführt wird. In einer Anstalt mit landwirtschaftlichem Betriebe ist für den Gutsbetrieb eine eigene, von der Anstaltrechnung getrennte Gutsrechnung zu führen. In Gabersee ist dies seit dem Bestehen der Anstalt geschehen. Die Gutsrente machte in den letzten fünf Jahren durchschnittlich jährlich 25000 Mk. aus, wobei die Ergebnisse stets unter, nicht über Marktpreis verrechnet wurden.

Wie man sieht, ist es eine ganz beträchtliche Summe, die aus einem Anstaltgute ohne große Schwierigkeit herausgewirtschaftet werden kann. Ebenso steht aber auch fest, daß die verwendeten Arbeitkräfte das meiste zu dem Erfolge beitragen. Was geschieht nun mit dieser Gutsrente? Kein Zweifel, daß das Geld den Kranken, die es verdienen, zukommen soll. Kein gerecht Denkender wird darüber im Zweifel sein. Und dennoch finde ich, daß die erarbeiteten Beträge nicht diejenige Verwendung haben, wie es gebührt.

In Gabersee wurde das Geld bisher als Anstaltmittel betrachtet und für die Anstalt in der Weise verwendet, daß der Kreiszuschuß um den gleichen Betrag reduziert wurde. Es kam also dem Kreise, der Allgemeinheit zugute. Ich habe nirgends gefunden, daß dies in anderen Anstalten anders gehandhabt wird, und doch wäre eine andere sachgemäßere Verwendung angezeigt.

Von verschiedenen Seiten wurde Arbeitentlohnung für die Pfleglinge vorgeschlagen. Ja, wenn man die arbeitenden Pfleglinge als Lohnarbeiter betrachten würde, wäre dies recht. Wieviele aber haben etwas von der Entlohnung? Wohl die Wenigsten. Sehr viele, fleißige Arbeiter sind Anstaltbewohner für ihre Lebenszeit. Andere, die entlassen werden, verschleudern in kurzer Zeit ihren Verdienst. Auch ist zu bedenken, daß viele mit negativem Erfolg arbeiten, indem sie bei der Arbeit mehr zugrunde richten, als sie gut machen. Gerade bei solchen Kranken hat die Arbeitstherapie anfangs oft die größten Schwierigkeiten, schließlich aber oft auch ihre Triumphe. Negative Arbeitleistung muß aber zu beginnender Beschäftigung oft mit in den Kauf genommen werden, und ich möchte die Arbeitstherapie

sehen, die nur positiven Arbeiterfolg hat. Das wäre nur Dilettantismus.

Für Entlohnung kann ich mich daher nicht erwärmen. Man könnte an die von *Bresler* vorgeschlagenen Institute denken, die man mit dem Arbeitverdienste unterhalten könnte, ich verspreche mir aber trotz meiner Begeisterung für die Wissenschaft von wissenschaftlichen Instituten bei ländlichen Anstalten, mit seltenen Ausnahmen (Uchtspringe!), auch nicht viel. Mir würde es am zweckmäßigsten erscheinen, wenn die gewonnenen Beträge verwendet würden 1. zu Freiplätzen für Bedürftige, 2. für Hilfsvereine für Entlassene, 3. für entlassene Pfleglinge, die unter Kontrolle der Anstalt stehen, indem der Anstaltleitung eine bestimmte Summe zur freien Verfügung für solche Leute überlassen wird, wie es ungefähr dem Sinne *Kolb*s entspricht, welcher wünscht, daß die Entlassenen noch eine Zeitlang unter der Kontrolle eines Anstaltarztes stehen. Ich glaube, daß es nur energischer Antragstellung bedarf, um diesen Tendenzen zum Durchschlagen zu verhelfen, und verspreche mir davon die besten Erfolge sowohl für die Kranken wie auch für die Arbeitstherapie selbst, die meines Erachtens einen mächtigen Aufschwung nehmen wird, wenn wir sehen, daß die wertvollen Nebenprodukte der Arbeitstherapie in einer Weise verwendet werden, die unseren eigenen psychiatrischen Intentionen am meisten entspricht.

Ist die Paralyse eine moderne Krankheit?

Eine historisch-kritische Studie [1])

von

Professor Dr. **Kirchhoff**

Direktor der Provinzial-Irrenanstalt bei Schleswig.

Man ist jetzt geneigt, diese Frage zu bejahen. Ich möchte sie von einem weiteren historisch-kritischen Standpunkte aus betrachten, der besonders das jetzt gewonnene Ergebnis des Verhältnisses zwischen Syphilis und Paralyse berücksichtigt.

Der Satz: „Ohne Syphilis keine Paralyse", gilt heuzutage als ein Dogma. Zwecklos ist es, einzelne Fälle dagegen anzuführen, in denen Paralyse vorkam, ohne daß Syphilis nachzuweisen war; denn ihre Beobachtung kann dem Arzte wie dem Kranken entgangen sein. Unter anderen Einwänden berühre ich nur den schwerer wiegenden, daß die anatomischen Veränderungen bei der Paralyse keine spezifischen seien; neuere Forschungen drängen darauf hin, auch dies zu beweisen. Für unsere historische Untersuchung genügt es zunächst, jenen Satz als Dogma anzunehmen. Der so scharf begrenzte Satz will sagen: Paralyse setzt außer anderen Ursachen die Syphilis voraus; er sagt aber nicht: wo Syphilis ist, muß auch Paralyse sein; er drängt aber doch dahin, zu untersuchen, ob und wie weit es der Fall ist.

Heutzutage ist die Syphilis ein so deutlicher Krankheitbegriff, daß es überrascht, wie schwer es ist, festzustellen, ob diese Syphilis schon im Altertum vorkam.

Der wichtigste neuere Forscher, *Iwan Bloch*, hat den entscheidenden 2. Band seines großen auf negativem Standpunkte stehenden Werkes noch nicht herausgegeben (er soll im Druck sein). Einige positive Tatsachen, die schwer zu widerlegen sein werden, will ich hier anführen;

[1]) Vgl. im Anhang die entsprechenden Erörterungen über Tabes dorsalis.



zunächst die Smyrnaer Terracotten. *Regnault*[1]) stellte Terracotten im Louvre aus, die von Ausgrabungen im alten Smyrna stammen: sie zeigen den charakteristischen Gesichtstypus der Syphilis, wie *Sudhoff* mitteilt, und Erkrankungen der Nasenknochen. Daneben stelle ich die Angabe von *Kleinwächter*[2]), daß sich im Corpus Hippocraticum zwei Stellen finden, welche vom Einsinken der Nase infolge von Nekrose der Nasenbeine als einem nicht seltenen Befunde sprechen; er meint, diese Stellen seien bisher übersehen und seien für die Frage der Altertumsyphilis wichtig. *Suzuki*[3]) berichtet von Knochenbefunden in Japan nach einer Arbeit des Japaners *Adachi*, welcher sagt: „Ohne der Ansicht entgegenzutreten, daß die Syphilis im 16. Jahrhundert in Japan eingeschleppt sein soll, bin ich andererseits auch der Überzeugung, daß diese Krankheit schon in der Steinzeit Japans auf unserer Insel vorhanden war". *Suzuki* vertritt sonst auch den negativen Standpunkt; aber nicht nur die sichere Einschleppung der Syphilis Ende des 15. Jahrhunderts aus Amerika, sondern namentlich prähistorische Knochenfunde beweisen, daß die Syphilis auch in Amerika schon im Altertum vorkam. Ihre spätere Wiedereinschleppung in Europa ist jedenfalls kein Beweis, daß sie nicht schon im Altertum auch im alten Weltteil vorkam, wofür die obigen Mitteilungen sprechen. Auf altägyptischen Bildern soll sich Psoriasis palmaris finden, doch ist diese Angabe mir zur Zeit nicht quellenmäßig nachweisbar. *Sudhoff*[4]), der dem positiven Standpunkt zuneigt, weist in seinem kritischen Exkurs zur heutigen Behandlung der Syphilisherkunftfrage darauf hin, wie sehr sich die ganzen Tatsachen für und gegen die Theorie des „amerikanischen Ursprungs" im labilen Gleichgewicht befinden. Den Befund zahlreicher kunstvoll geformter, drei- und vierklappiger Vaginalspecula, die man in Herculanum und Pompeji ausgrub, bespricht er im Sinne ihrer Anwendung bei Syphilis. Das an jener Stelle besprochene Syphilisblatt aus dem Jahre 1491 scheint ihm für das Vorhandensein der Syphilis vor der Einschleppung während der Belagerung von Neapel zu sprechen.

Es scheint mir sehr wahrscheinlich, daß die Syphilis schon im Altertum vorkam; ihr heftiges Auftreten nach der neuen Einschleppung aus Amerika hat allmählich auch wieder nachgelassen, wenn man nicht neu-

---

[1]) *Regnault*, L'Oto-Rhinologie devant l'Art antique. Les Maladies du nez et les terres cuites de Smyrne. Arch. internat. de Laryngologie. 1907. Referat von *Sudhoff*. Mitteilungen zur Gesch. d. Med. u. Naturw.

[2]) Janus X 246—248 nach *Fuchs* Ausgabe II S. 200 und 253.

[3]) *Tokujiro Suzuki*. Über Syphilis im Altertum, speziell in China und Japan. Rostock 1903. Inaugur.-Diss. S. 96. *Adachis* Arbeit angeführt aus Mitteil. der mediz. Gesellschaft zu Tokio. 1894.

[4]) *Sudhoff*, Ein neues Syphilisblatt aus dem Ende des 15. Jahrhunderts. Archiv für Gesch. d. Medizin. Bd. I, 1908, S. 379/381.



zeitliche Anschwellungen damit vergleichen will. Die Auffassung, daß die Syphilis eine alte Krankheit des Menschengeschlechts sei, vertritt neuerdings *van Niessen* [1]) in eigenartiger Weise. Er stellt die These auf: „Die vergleichende Mykologie, Phylogenie und Pathologie sprechen dafür, daß die Anthropopathogenisierung des saprophytisch und fermentativ ubiquitären Phytoplasmas zum Syphiliserreger, und die Entstehung des ersten Syphilisfalles sich ebenso gut in der alten, wie in der neuen Welt vollzogen haben kann und ebensowohl sich heutzutage wiederholen könnte, wenn die hierzu erforderlichen Voraussetzungen erfüllt sind." Er dehnt den Syphilisbegriff freilich sehr weit aus, weist auf ihr Vorkommen bei Tieren hin; doch will ich hier nur die Annahme ihres Vorkommens im Altertum festhalten als unterstützend für diese Anschauung. Ihr wiederholtes Auftreten wird auch von anderen Autoren erörtert; schon *Rosenbaum* [2]) spricht von der Wandelbarkeit der Krankheiterscheinungen infolge eines sich ändernden Genius epidemicus. *Eschle* [3]) vertritt ähnliche Ansichten und bemerkt unter Hinweis auf *Ottomar Rosenbach* und *Siegel*, daß auch andere Infektionskrankheiten wie die Pocken zurücktreten, so daß sie in Vergessenheit geraten.

Es kommt hier aber nicht darauf an, die Syphilisfrage für das Altertum zu entscheiden, da sie nur insoweit unser Interesse fordert, als ihr Vorkommen für Paralyse in Betracht zu ziehen ist. Ist die Paralyse im Altertum vorgekommen?

Die Behauptung *van Niessens* [4]), daß die progressive Paralyse lange vor der Entdeckung Amerikas als in Europa vorhanden gelten müsse, ist nach einer brieflichen Mitteilung nur auf die Annahme gestützt, daß der „Cäsaren-Wahn" eine Paralyse gewesen sein möge. Ich glaube aber doch unten einige kräftigere Beweise vorlegen zu können. Ich meine nicht die Annahme *Obersteiners* [5]), welcher die Paralyse „allem Anschein nach für eine moderne Krankheit" hält, aber später sagt: „Es wäre widersinnig zu behaupten, daß die Paralyse früher nicht existiert hat, denn ihre Bedingungen sind so mannigfache, daß sie zu allen Zeiten bei einzelnen Individuen zusammengetroffen sein und die Krankheit hervorgebracht haben mögen, namentlich in den Zeiten der römischen Imperatoren." Eine solche Vermutung ist um so unsicherer als in einem Teil der bekannteren älteren Literatur das Vorkommen der Paralyse be-

[1]) *Van Niessen*, Der Syphilis-Bazillus. Otto Nemnich. Leipzig 1908, S. 3 und Thesen S. 65 ff.

[2]) Vgl. die neue 7. Aufl. (1904) seiner Geschichte der Lustseuche. Vorrede VI/VII.

[3]) *Eschle*, Die neueren Hypothesen über die Syphilis-Ätiologie. Historisches und Kritisches. Leipzig. Konegen 1908. S. 2.

[4]) *Van Niessen* am oben angef. Ort S. 3.

[5]) *Obersteiner*, Die progr. allg. Paralyse. 2. Aufl. 1908 S. 3 u. 7.



stimmt in Abrede gestellt wird; so von *Falk* [1]), der sich auf *Morel* beruft. Andererseits sind einige positive Angaben so allgemein, daß sie nicht viel beweisen; *Cullerre* [2]) zitiert *Trélat*, der angebe, daß *Aretaeus* die Paralyse beschrieben habe; auch konnte eine eingehendere Prüfung der Schriften des *Aretaeus* an der Hand von *Zerbe* [3]) die Mitteilung *Trélats* nur in folgender Weise bestätigen. Es werden Krankheitzustände geschildert bei denen die Sprache verwirrt, die Zunge krampfhafte Bewegungen zeigt: es heißt dann: endlich kann diese Form von Schwermut in konsekutiven Blödsinn übergehen mit Stumpfsinn und Empfindunglosigkeit. Mir scheint aber aus den vorhergehenden Sätzen, daß *Aretaeus* dabei auch Fälle von Epilepsie im Auge hatte. Es folgt noch ein Satz: „Auch hat *Aretaeus* das Auftreten von Krämpfen nicht übersehen und macht neben diesen motorischen Störungen auch auf die sensitiven aufmerksam, die auf Anaesthesie beruhen oder auf Hyperaesthesie namentlich des Gesicht- und Gehörsinnes." Es handelt sich hier um „Melancholiker mit aktiver Monomanie"; ob man danach an Paralyse denken muß, ist doch wohl unsicher.

Sehr bestimmt klingt die Angabe von *Leidesdorf* [4]) in seiner historischen Skizze der Entwicklung der Psychiatrie: —— *Caelius Aurelianus* beschreibt in seinem Buche de morbis acutis et chronicis lib. I cap. VI — die Manie, die er meisterhaft darstellt. Er erkennt an, daß die Manie häufig aus psychischen Ursachen entstehe, und daß ihr oft Erscheinungen vorausgehen, die mit Epilepsie oder Schlagfluß Ähnlichkeit haben. — Es sind dies offenbar die ersten Beobachtungen über die beginnenden Erscheinungen der Dementia paralytica; auch der dabei vorkommende Größenwahn war ihm bekannt: „sic furens alius oratorem, alius deum se existimat." Zur Nachprüfung dieser Angabe von *Leidesdorf* steht mir *Schramms* [5]) Arbeit zur Verfügung. Unter anderen Zeichen der Manie führt er bei solchen, welche nicht plötzlich von der Krankheit ergriffen werden, folgende auf, die er auch Vorläufer der Epilepsie und Apoplexie nennt: — — Steifigkeit der Zunge, undeutliche und zitternde Sprache, Unterbrechung der Rede, Zucken der Muskeln, der Lippen". *Caelius* hat Differentialdiagnose zwischen Manie und Epilepsie im Auge und verlangt

[1]) *Falk*, Studien über Irrenheilkunde der Alten. Allg. Zeitschr. f. Psych. Bd. 23, S. 563.

[2]) *Cullerre*, Traité pratique des maladies mentales. Paris 1890 S. 4, wo zitiert ist *Trélat*, Recherches historiques sur la folie. Paris 1839, also nach *Calmeils* und *Esquirols* Arbeiten.

[3]) *Zerbe*, Geisteskrankheiten nach *Aretaios*. Korrespondenzbl. f. Psych. u. gerichtl. Psychologie 1861, S. 226—232.

[4]) *Leidesdorf*, Lehrbuch der psych. Krankheiten. Erlangen 1865 S. 5.

[5]) *Schramm*, Die Seelenstörungen nach *Caelius Aurelianus*. Korrespondenzblatt für Psychiatrie u. gerichtl. Psychologie 1864 S. 33—43.



Beachtung hinzutretender Krankheiten, hält aber eine ganz gewisse Unterscheidung obiger Krankheiten nicht für möglich, da die angeführten Zeichen nicht immer sämtlich vorausgehen. Später nennt er unter den irrtümlichen Vorstellungen ein Beispiel, in dem ein Kranker sich für einen Strohhalm hielt, der die Welt im Mittelpunkte trägt; eine Vorstellung, die paralytisches Gepräge zeigt. Unter den Vorboten schildert er Schmerz im Rückgrat, Trägheit der Glieder. Es sei ein Irrtum, die Krankheit hauptsächlich als ein Leiden der Seele und später des Körpers aufzufassen, weil sich körperliche Krankheitzeichen bereits vor dem Irrsein zeigen.

Es ist ja möglich, daß hinter diesen Schilderungen Paralyse zu suchen ist, aber beweisen können sie sie noch nicht. Mehr Beweiskraft liegt in den folgenden Mitteilungen von *Isensee*[1]). Kurz erwähnt sei zunächst seine Angabe, daß Aretaeus die hinzutretenden Komplikationen, z. B. Krämpfe, Lähmungen, als höchst bedenklich bezeichnete. Dann aber mache ich auf folgende Sätze aufmerksam: „Die in den Tempeln Aesculaps von den Kranken niedergelegten Bemerkungen wurden, wie es nach *Strabos* Bericht gebräuchlich war, veröffentlicht; es scheint sogar, daß die dem Hippokrates zugeschriebenen Praenotiones Coacae und das erste Buch der Prorrhetica nur aus einer Sammlung solcher Bemerkungen bestehen. (Er zitiert nach den Praenotiones Coacae von *Gardeil.*) — Dasselbe Buch (I. Prorrh.) scheint ebenso die Bedeutsamkeit desjenigen Irreseins, welches mit den der Manie vorausgehenden oder folgenden Symptomen chronischer Lähmung verbunden ist, zu enthüllen. Diese in unserer Zeit von *Esquirol* und seinen Schülern aufs neue hervorgehobene Bedeutsamkeit mochte den Priestern *Aeskulaps* durchaus nicht entgangen sein, welche diese Komplikation für tödlich hielten." Leider ist es mir nun bisher nicht möglich gewesen, dieses Zitat nachzuprüfen. Bei Fuchs[2]) habe ich es nicht gefunden; ebenfalls nicht bei *Nasse*[3]), ferner waren die Nachforschungen, den Autor *Gardeil* (s. o.) zu finden, erfolglos, obwohl *Sudhoff* die Güte hatte, die Bibliothek des Instituts für Geschichte der Medizin in Leipzig darauf hin gründlich zu untersuchen. Mir fehlen die philologischen und text-kritischen Kenntnisse, die Originalschnitte des Hippocrates, Aretaeus und Caelius zu durchforschen; vielleicht findet sich, angeregt durch Vorstehendes, eine jüngere Kraft dazu, denn es scheint mir wichtig genug, das Thema zu verfolgen. Immerhin aber sehe ich in dem oben Berichteten doch schon eine

[1]) *Isensee*, Geschichte der Medizin. Berlin 1844. 2. Teil S. 1222 u. 1216 in dem Abschnitt V, zur Geschichte der Psychiatrie.

[2]) *Fuchs*, Hippocrates sämtliche Werke. Übersetzt und ausführlich kommentiert. München 1895—1900.

[3]) *Nasse*, De Insania. Commentatio secundum libros Hippocraticos. 1829. Lipsiae.

gewisse Wahrscheinlichkeit, daß Paralyse als im Altertum vorkommend nachzuweisen sein wird. Jedenfalls waren die Alten gute Beobachter — z. B. sei noch erwähnt, daß sich bei *Fuchs* [1]) bei der Schilderung der Phrenitis von *Hippokrates* die Angabe findet, daß Zähneknirschen auf einen schlimmen Ausgang zeigt. Daß ihnen aber die Paralyse als einheitliches Krankheitbild entging, kann nicht verwundern, wenn man daran denkt, wie lange es gedauert hat, bis dasselbe uns als solches erst im letzten Jahrhundert klar geworden ist.

Man findet in den Schriften der Alten übrigens lange Auseinandersetzungen über Paralyse, doch ist damit immer etwas anderes gemeint; *Preuss* [2]) sagt: „die Paralyse der Alten umfaßt jede Art von erheblicher Bewegungstörung."

Nach Vorstehendem ist für mich also das Vorkommen der Paralyse im Altertum wohl wahrscheinlich, aber nicht objektiv gesichert. Unter diesen Umständen, und weil auch das Vorkommen der Syphilis nicht objektiv sicher für das Altertum nachzuweisen ist, darf man Schlüsse über ein Verhältnis zwischen Syphilis und Paralyse im Altertum nicht ziehen. Die Frage, ob Paralyse eine nur moderne Krankheit ist, kann daher durch vorstehende Überlegungen nicht entschieden werden; sie bleibt zunächst aber doch noch offen, da ihre Entscheidung sowohl in positivem wie in negativem Sinne denkbar ist, wenn die Frage der Syphilis gelöst ist; fällt diese negativ aus, so wäre der Nachweis von Paralyse im Altertum (dann ohne vorhergehende Syphilis) noch wichtiger als bisher. Die oben gegebenen Nachweise scheinen mir nun so sehr für das Vorkommen der Paralyse im Altertum zu sprechen, daß ich sie — auf die Gefahr hin, einen Zirkelschluß zu befürworten — den Anhängern der Lehre vom Nichtvorkommen der Syphilis im Altertum entgegenhalten möchte; denn ich glaube auch, daß die Syphilis damals schon vorkam [3]). Deshalb finde ich durch obige Betrachtungen aber auch den Satz unterstützt: „Ohne Syphilis keine Paralyse."

---

[1]) a. a. O. Bd. II S. 477 u. S. 230.

[2]) *Preuß*, Nerven- und Geisteskrankheiten nach Bibel und Talmud. Allg. Zeitschr. f. Psych. 1899 S. 119.

[3]) Die soeben erscheinende Arbeit von *Proksch* (Handb. d. Geschlechtskrankheiten 1910 Bd. I S. 50/51), welcher den neuzeitlichen Ursprung der Syphilis wie früher bekämpft, wird durch den Nachweis der Paralyse vielleicht besonders unterstützt.

Mit der Geschichte der Medizin überhaupt teilen wir ja leider die Unsicherheit und den großen Mangel an Nachrichten durch das ganze Mittelalter hindurch; jedenfalls erfahren wir nichts Neues. Schon früher habe ich einige Schriftsteller am Schluß des Mittelalters durchforscht, so z. B. Felix *Plater's* Praxis medica und seine Observationes; auch in *Schenck von Grafenbergs* Observationes fand ich keine Beschreibungen, die an Paralyse erinnern. Für unsre Frage, ob Paralyse eine erst moderne Krankheit ist, wird daher eine Untersuchung über ihren Zusammenhang mit Syphilis besonders wichtig von dem Zeitpunkt an, wo diese sicher nachzuweisen ist.

Ich will mich nicht einlassen auf die Frage, ob Syphilis schon vor ihrem heftigen Auftreten am Ende des 15. Jahrhunderts vor Neapel in Europa vorkam in milderen Formen, die dann allerdings von jener explosionsartig wie eine akute Infektionskrankheit sich zeigenden neuen eingeschleppten Form sich wesentlich unterschieden haben müßten. Auch heutzutage ist die Syphilis wieder milder, scheint sogar inzwischen überhaupt noch milder als jetzt gewesen zu sein. Nach der Schilderung *Ulrich von Huttens* [1]) war die Syphilis bei ihrem damaligen heftigen epidemischen Auftreten von einem Gestank der Geschwüre begleitet, daß es ihm kaum glaubhaft erscheine, es heute noch mit derselben Krankheit zu tun zu haben; dieser foetide Typus habe wohl nicht viel länger als 7 Jahre gewütet. Vielfach schildert er die sehr heftigen Schmerzen seiner Tophi. (Übrigens erwähnt er Fälle, die in Paralyse und Apoplexie ausarteten.) Es ist also daran zu denken, daß die Syphilis sich geändert hat und Änderungen auch noch unterworfen ist; neuerdings werden Übergänge zwischen der Spirochaete und Trypanosoma gesucht, um verwandte Krankheitformen zu verbinden; *Eschle* [2]) entwickelt Anschauungen, die einer Domestikation des Syphilisgiftes das Wort reden. *Engel Reimers* [3]) vermutet einen Generationswechsel des Krankheiterregers, um im einzelnen Fall das regelmäßige Alternieren von Eruptionsperioden mit Perioden der Latenz, der scheinbaren Gesundheit, zu erklären. Wie man sich nun solche Erscheinungen denken will, die Tatsache eines Wechsels in den Symptomen der Krankheit fordert solche Versuche. Aber den Satz: „Ohne Syphilis keine Paralyse" stößt sie nicht um.

Wie erklärt man nun aber die auffallende Tatsache, daß erst im Anfang des 19. Jahrhunderts, also über 300 Jahre nach jenem Erscheinen der Syphilis, das Krankheitbild der Paralyse sicher er-

[1]) Über die Heilkraft des Guajacum und die Franzosenseuche; übersetzt von H. Oppenheimer, Berlin 1902. Hirschwald. S. 2—6.

[2]) a. a. O. zum Schluß.

[3]) Die Geschlechtskrankheiten. Hamburg 1908 S. 22.



kannt wird? Daß nur ein kleiner Teil der Syphilitischen paralytisch wird, ist ja noch heutzutage richtig, man rechnet jetzt auf 100 Syphilitische 1—3 Paralytiker; diese Tatsache allein ist ja so auffallend, daß sie eine besondere Erklärung verlangt, die aber noch fehlt. Aber noch viel wichtiger ist das Fehlen der Paralyse mehrere Jahrhunderte hindurch in den vielen sicher von Syphilis durchseuchten Ländern. Wenn man die weitere Beobachtung heranzieht, daß Paralyse bei vielen Völkern fehlt, die erst neuerdings von Syphilis, oft in schwerster Form, ergriffen wurden[1]), so scheint die Tatsache, daß auch bei einzelnen von ihnen die Paralyse sich nach einigen Jahrzehnten einstellte, mit der Annahme übereinzustimmen, daß, wie *Kraepelin*[2]) sagt, gewisse Schutzeinrichtungen des Körpers allmählich versagen. Aber die lange Zeit mehrerer Jahrhunderte in den Kulturländern Europas, während welcher Syphilis ohne Paralyse vorkam, fordert doch irgend eine andere Erklärung. Entweder nun gab es in dieser langen Zeit trotz der Syphilis keine Paralyse, oder ihre Erkennung, ihre Beobachtung gelang den Ärzten nicht.

Die vereinzelte Stelle bei *Willis*[3]) scheint allerdings dafür zu sprechen, daß Paralyse wenigstens sporadisch vorkam. Schon *Krafft-Ebing*[4]) und nach ihm verschiedene Autoren zitieren einen Teil folgender Stelle: „Observavi in pluribus, quod, cum cerebro primum indisposito, mentis hebetudine et oblivione, et deinde stupiditate et μωρώσει afficerentur, postea in paralysin (quod etiam praedicere solebam) incidebant; scilicet materia morbifica sensim delapsa, et demum alicubi intra caudicem medullarem (ubi tractus medullares plus quam in corpore striato arctantur) ad plenitudinem oppilativam aggesta. Propterea enim prout loca obstructa magis aut minus ampla fuerunt, aut Paralysis universalis, aut hemiplegia, aut membrorum resolutiones quaedam partiales accidebant.“ Ohne auf die anatomischen Einzelheiten einzugehen, wird man folgende Symptome hervorheben können: mentis hebetudo, oblivio, darauf stupiditas und μώρωσις, zum Schluß

[1]) Vgl. zu diesen Fragen besonders die neueste Arbeit darüber: *Rüdin*, Zur Paralysefrage in Algier. Allg. Zeitschr. f. Psych. 1910 Bd. 67, S. 679 ff., bes. S. 704.

[2]) Lehrbuch d. Psych. 8. Aufl. 1910 Bd. II, 1 S. 502.

[3]) Opera omnia. Genevae 1676. De Anima brutorum Cap. IX p. 230 de Paralysi, und Pathologiae cerebri specimen: de morbis convulsivis.

[4]) *Krafft-Ebing*, Zur Geschichte und Literatur der Dementia paralytica. Allg. Zeitschr. f. Psych. Bd. 23, 1866, S. 627—646.



die von *Willis* gewöhnlich schon prognostizierte Paralysis, welche er einer Erkrankung des caudex medullaris zuschreibt (also vielleicht im Rückenmark?); diese Paralysis war entweder universalis oder halbseitig oder betraf einzelne Glieder. Auf der folgenden Seite schildert er weiter: „Particulae oppilativae a cerebro delapsae, inque medullam oblongatam provectae, nervos quarundam faciei partium musculis destinatos subeunt, inque ipsis spirituum vias obstruendo, linguae paralysin, modo in his, aut illis oculorum, palpebrarum, labiorum, aliarumque partium musculis, resolutionem pariunt, et dein propterea musculi Antagonistae supra modum contracti, in parte opposita spasmum cient." Hier zieht er das verlängerte Mark in die Erkrankung hinein, spricht von Lähmungen der Gesichtsmuskeln, der Zunge, Augen, Lider und Lippen, findet bei andern Muskellähmungen Spasmen in den Antagonisten; natürlich laufen hier Schilderungen von Hemiplegien mit unter, aber eod. loco pag. 300 wiederholt er de Stupiditate sive Morosi: „Porro stupiditatem Paralysim comitare, aut praecedere, in pluribus notavi." Am Rande des ersten Zitates steht: „Paralysis μωρώσει saepe succedit". Jedenfalls scheint mir die Möglichkeit nahe zu liegen, daß hinter jenen Angaben sich Fälle von Dementia paralytica verbergen, die aber *Willis* als solche entgingen. Die ebenfalls gewöhnlich nach *Krafft-Ebings* Vorgang angeführten Angaben über *Haslam* sind wohl in einer Weise noch klarer, da er zum Schluß die Bemerkung macht: „Schwach, daß sie kaum auf den Beinen sich halten können, halten sie sich dennoch für äußerst stark und der größten Leistungen fähig;" aber auch seine Beobachtungen, über deren gleichzeitige Leichenöffnungen er berichtet [1]), zeigen uns nur hemiplegische Fälle. Trotzdem ist das von ihm erwähnte Kraftgefühl der Gelähmten wohl kaum anders als auf Paralyse zu schieben. Da *Haslam* auch schon Ende des 18. Jahrhunderts schrieb, ist die bald auftauchende allgemeinere Erkenntnis des Krankheitbildes für unsere Untersuchung wichtiger; dagegen müssen wir daran festhalten, daß *Willis* dieser Erkenntnis schon ein Jahrhundert früher sehr nahe stand. Übereinstimmend damit ist auch der Satz von *Hirschl* [2]): „Es würde also die Paralyse in den europäischen Kulturländern erst zwei bis drei Jahrhunderte nach Einschleppung der Syphilis aufgetreten sein", wenn man die Einschränkung macht, daß der Satz nicht beweisen oder widerlegen darf, ob das Auftreten der Paralyse gleichbedeutend ist mit ihrer Erkenntnis; denn ich bin der Meinung, sie kam auch sonst vor, ohne erkannt zu werden.

[1]) *Haslam*, Beobachtungen über den Wahnsinn. Übersetzt. Stendal 1800, S. 78 und die vorher gegebenen Obduktionsbefunde.

[2]) *Hirschl*, Gehirn und Syphilis. Wiener klin. Wochenschr. 1904, S. 470; vgl. auch dens., Die Ätiologie der progr. Paralyse. Jahrbb. f. Psych. u. Neurol. 1896.



Ähnlich wie den Ärzten des Altertums entging den damaligen Ärzten das einheitliche Krankheitbild, dessen einzelne Symptome sie deutlich beschreiben.

Es muß jetzt kurz der Gang geschildert werden, den die scharfe Abgrenzung des Krankheitbildes der Paralyse im 19. Jahrhundert genommen hat; zunächst fällt sehr in die Augen, daß einige Jahrzehnte hindurch nur in Frankreich Versuche dazu gemacht werden. Gab es in den anderen Kulturländern damals noch keine Paralyse? sollte sie auch in England nach dem sporadischen Auftreten zu *Willis* und *Haslams* Zeiten im 19. Jahrhundert fehlen? Gewiß wird man auch den Ärzten in Deutschland eine gleich gute Beobachtungsgabe zutrauen; kam die Paralyse also auch in Deutschland nicht vor? Wie wir gleich sehen werden, drang auch in Frankreich die Erkennung der Krankheit nur langsam und allmählich vor; wäre sie damals erst entstanden, so müßte sie doch rascher und von mehr Ärzten beobachtet sein. Ich glaube, sie war schon da, konnte aber noch nicht in ihrem Verlauf und als einheitliches Bild erkannt werden, weil sie klinisch unbekannt war, weil erst eine fortlaufende Krankenhausbeobachtung die Möglichkeit dazu verschaffte; auch dann bedurfte es noch des besonderen Hinweises, um allen die Augen zu öffnen. Vielleicht hat der ältere *Pinel* [1]) schon im Ausgang des 18. Jahrhunderts die Paralyse gekannt. Im Jahre 1805 schilderte *Esquirol* [2]) die Unheilbarkeit der mit Paralyse komplizierten Geistesstörung, besonders auch mit Hinweis auf die Sprachstörung. Grundlegend wurde erst die 1826 von seinem Schüler *Calmeil* [3]) gegebenene eingehende klinische und anatomische Beschreibung, nachdem *Georget* (1820) und *Bayle* (1822) schon ähnliche Standpunkte vertreten hatten. Indem ich auf *Krafft-Ebings* (s. o.) Arbeit verweise, darf ich hier weitere einzelne Angaben unterlassen; nur sei noch daran erinnert, daß erst *Falret* (1853) in F r a n k r e i c h in großen Zügen das noch allgemein gültige Bild der Paralyse feststellte. *Esquirol* (a. a. O. S. 274) fand 1834 bei einem Aufenthalt in I t a l i e n nur sehr wenige Paralytiker, gab auch an, daß man damals in E n g l a n d weniger beobachtet habe. Für

[1]) *Damerow* in Allg. Zeitschr. f. Psych. VII S. 158 gibt an, daß der jüngere *Pinel*, der Neffe, dies bewiesen habe.

[2]) *Esquirol*, Des Maladies mentales Paris 1838 Bd. II p. 263/64 ff.

[3]) *Calmeil*, De la paralysie considerée chez les aliénés. Paris 1826.



Deutschland wird die 1851 von *Duchek* in Prag herausgegebene Arbeit mehrfach als erster Beweis angeführt, daß man sich auch auf deutschem Gebiet eingehender mit der Paralyse beschäftigte, doch bemerkt *Damerow* (a. a. O. S. 155), daß *Hoffmann* aus Leubus für 1848 berichte über eben so viele Paralytiker ($^{1}/_{6}$ seiner Kranken) wie man in Bicêtre und der Salpêtrière in Paris habe; Leubus sei gestopft voll davon. *Stolz*[1]) gibt 1851 für die Tiroler Anstalt Hall ähnliche Zahlen. Bedeuten solche Zahlen das Wachsen der Zahl der Fälle oder das Wachsen der ärztlichen Erkenntnis? Für die Entscheidung dieser Frage dürfte es von besonderem Interesse sein, dies Auftreten in einem engeren Gebiet zu verfolgen. Im folgenden will ich versuchen dies für Schleswig-Holstein zu tun.

Die Irrenanstalt in (dem damals dänischen) Schleswig wurde 1820 gegründet. Die Krankenakten, Jahresberichte und mehrere statistische Zusammenstellungen der Krankheitformen liegen vor, also für fast 90 Jahre. Der erste Arzt und Direktor der Anstalt war *Peter Willers Jessen.* Es ist schon an und für sich ein Vergnügen seine Schriften zu lesen, die ihn zu einem unserer medizinischen Klassiker machen; er schreibt klar, fließend, deutsch; sein Fleiß ist bewundernswert, sein ärztliches Streben leuchtet überall hervor, er beachtet die kleinsten Zeichen und urteilt vorsichtig. Ich möchte den Genuß und den Vorteil, den man von seinen Schriften gewinnt, vergleichen mit den Eindrücken, die man beim Lesen *Griesingers* und *Kraepelins* erhält. Für unsere Zwecke will ich erst berichten über seine „Ärztliche Erfahrungen in der Irrenanstalt bei Schleswig"[2]).

Er fand (Abschnitt: physische Gelegenheitsursachen pag. 609) in 33 unter 566 Fällen eine Affektion des Gehirns oder Rückenmarks als Ursache der Krankheit; unter letzteren führt er Tabes dorsualis an. Die Mehrzahl dieser 33 Kranken war in höherem oder geringerem Grade mit Blödsinn behaftet, zu welchem sich vorübergehende Anfälle von Manie hinzugesellten. Die Krankheit zeigte sich, wie es überhaupt bei Komplikationen mit Lähmungen der Fall sei, durchgehends unheilbar. Unter den Todesursachen (S. 675 ff.) schildert er die apoplektischen

[1]) Allg. Zeitschr. f. Psych. Bd. 8 S. 526.

[2]) Zeitschrift für die Beurteilung und Heilung der krankhaften Seelenzustände. In Verbindung mit *Flemming, Jessen* und *Zeller* herausgegeben von *Jacobi* und *Nasse.* Berlin 1838 Bd. I S. 582—701. Mit Tabellen vom 1. Oktober 1820 bis 30. September 1835.



Anfälle, die er in 37 Fällen fand, welche in seltenen Fällen eine Apoplexis sanguinea sei, meistens eine durch Erschöpfung des Hirnlebens herbeigeführte A. nervosa. In 27 Fällen (bei 19 Männern und 8 Frauen) führte Tabes nervosa den Tod herbei; „außer allgemeiner Abmagerung, die jedoch nicht immer stattfand, und vorhergehender unwillkürlicher Entleerung des Stuhlgangs und Urins (welche auch ohne eine solche Tabes nervosa bei Blödsinnigen bekanntlich oft vorkommt aus Mangel an Sensibilität), begann dieser Zustand gewöhnlich mit Schwäche und Zittern der Extremitäten, und manchmal mit erschwerter, stotternder Sprache. Die Schwäche der Extremitäten, besonders der unteren, stieg manchmal rasch, manchmal langsam bis zu völligem Unvermögen, zu stehen und gehen, oder zu völliger Lähmung. Sobald die Kranken bettlägerig wurden, gesellten sich brandige Geschwüre, gangraena ex decubitu, hinzu — — endlich der Tod, den man, wenn auch zuletzt noch ein schlagflüssiger Anfall hinzukam, doch als Folge einer allgemeinen, gänzlichen Erschöpfung des Nervensystems betrachten mußte. — In mehreren Fällen fand eine Tabes dorsalis, eine Atrophie des Rückenmarks statt, welche aber in anderen Fällen bei der Obduktion nicht gefunden wurde. Zuweilen schritt der, nach einer heftigen, mit totaler und andauernder Geisteszerrüttung verbundenen Manie entstandene Blödsinn unaufhaltsam fort, bis er mit einer solchen Tabes nervosa endigte; einzelne Male ging auch eine anhaltende Melancholie unmittelbar darin über; in den meisten Fällen war ein Zustand von Blödsinn jahrelang vorangegangen. — — Verdickungen der Hirnhäute, Verwachsungen der Dura mater mit dem Schädel und den übrigen Hirnhäuten, besonders in der Scheitelgegend und neben dem Sinus longitudinalis, Undurchsichtigkeit der Arachnoidea und Verdickungen derselben durch Ausschwitzung, Wasseransammlung zwischen den Hirnhäuten und in den Ventrikeln, gehörten beinahe zu den konstanten, selten ganz fehlenden Erscheinungen — bei den vor dem Tode längere Zeit mit Blödsinn Behafteten. Häufig adhärierten die Pia mater, die Plexus chorioidei, und besonders der die Corpora quadrigemina überziehende Gefäßvorhang fest an der Substanz des Gehirns und waren, wie nicht selten auch die Hirnsubstanz, ungewöhnlich blutreich." Er forderte Sektionen bald nach dem Tode; in den Krankenjournalen findet man wiederholt die Angabe, daß die Obduktion nach 24 Stunden stattfand. „Partielle Erweichung fand außerordentlich häufig statt, besonders in der Oberfläche, so daß die Pia mater sich weder im natürlichen, noch im gehärteten Zustande (Weingeist) abtrennen ließ, ohne daß ein Teil der Kortikalsubstanz daran hängen blieb. — — Die zarte Haut, welche die Ventrikel überzieht, war mehrmals ungewöhnlich fest und verdickt, einige Male rauh und mit kleinen Stippchen, wie Frieselbläschen, besät. Die Thalami und auch die Corpora quadrigemina erschienen in einigen Fällen ganz abgeplattet und atrophisch. — — — Das untere Ende des Rückenmarks war öfter atrophisch."



Hier ist kein Zweifel mehr möglich; es handelt sich sicher um Dementia paralytica, klinisch und anatomisch. Aber *Jessen* hat trotzdem das Krankheitbild nicht erkannt. Ich las diese Schilderungen schon vor 30 Jahren, aber ohne an Paralyse zu denken; jetzt begreife ich das kaum, so deutlich ist der Verlauf und das Ende gemalt. Aber damals hatte ich andere Gesichtspunkte, die jetzige Absicht, nach Paralyse zu forschen, fehlte mir. Was *Jessen* begegnete, ist sicher auch anderen Forschern und Ärzten so gegangen, damals und in früheren Zeiten. Wie wir später in seinen Krankengeschichten finden werden, die mit einer Sorgfalt abgefaßt sind, wie man sie heutzutage noch als Muster hinstellen darf, sind mehrere Fälle nach zweifelloser Syphilis aufgetreten. Daß er dann allerdings oft nicht die Syphilis, nur die oft gleichzeitig berichteten Exzesse in Venere als Ursache ansah, kann uns nicht verwundern.

Ich habe nun den Versuch gemacht über die seit 1820 in Schleswig aufgenommenen Paralytiker Angaben zusammenzustellen, welche das Anwachsen der Zahl solcher Fälle festzustellen dienen sollen; mühsame Nachforschungen in den Jahresberichten und Krankengeschichten wurden unterstützt durch den wichtigen „Summarischen Bericht" von *Rüppell* über die Jahre 1820—1870. Hier gebe ich nur folgendes als Ergebnis. Unter 2323 aufgenommenen Männern und 2020 Frauen waren 108 paralytische Männer und 8 Frauen. Es ist nicht ersichtlich, wie diese Diagnose nachträglich für die erste Zeit gestellt ist, vermutlich durch Nachlesen der Krankengeschichten; denn die Kopfdiagnose im Journal lautet erst seit den 60. Jahren: „Paralytische Seelenstörung". Jetzt sind auch Lücken in früheren Jahrgängen dabei hindernd. Nun findet sich eine Arbeit von *v. Linstow:* Bemerkungen über die während der Jahre 1845—1865 in der Irrenanstalt bei Schleswig beobachteten Fälle von Paresis universalis progressiva (Allg. Zeitschr. f. Psych. 1867, Bd. 24 S. 436—463). Er berichtet von 64 Paralytikern (59 Männern und 5 Frauen), die in dieser Zeit aufgenommen wurden; wenn man seine statistischen Schlußfolgerungen auch nicht berücksichtigen darf, weil er unrichtigerweise die Aufnahmeziffern seit 1820 statt 1845 zugrunde legt, so halte ich seine Angabe über 64 Fälle von Paralyse doch für zutreffend. Für die Jahre 1865—1870 konnte ich nach den Jahresberichten 24 Paralysen (22 M. u. 2 Fr.) auffinden. Obige 64 (59 u. 5) zu diesen

24 (22 u. 2) ergibt 88 (81 u. 7); diese abgezogen von der Gesamtzahl 116 (108 u. 8) gibt als Rest 28 (27 u. 1) Paralytiker für die Jahre 1820—1845. Danach läßt sich mit Hülfe des *Rüppell*schen Berichtes folgende Tabelle berechnen:

	Aufnahmen		Paralysen		Prozente		
1820—45	M. 727	Fr. 512	27	1	M. 3,85	Fr. 0,83	Sa. 2,34
1846—65	1195	1139	59	5	4,93	0,43	2,68
1866—70	401	369	22	2	5,48	0,50	2,89
1820—70	2323	2020	108	8	4,65	0,40	2,67

Dieser geringen Steigerung steht nun folgende in den Jahren 1870—1909 gegenüber:

	Aufnahmen		Paralysen		Prozente		
1871—75	M. 435	Fr. 426	40	7	M. 9,02	Fr. 0,19	S. 4,59
1876—80	533	521	73	20	13,70	3,80	8,80
1881[1])—85	540	532	51	11	9,40	2,06	5,75
1886—90	639	631	73	11	11,40	1,70	6,60
1891—95	732	659	97	22	13,60	3,30	8,40
1896—00	750	937	163	38	21,70	4,05	12,67
1901—05	1124	824	93	25	8,20	3,00	5,60
1906—09[2])	771	780	122	21	15,80	2,60	9,20
1871—1909	5524	5311	712	135	12,90	2,54	7,72

Zunächst ist es auffallend wie stark die Prozentzahlen schwanken; man muß um so vorsichtiger mit Schlüssen sein, als dabei gewiß viele jetzt unbekannte Einflüsse eine Rolle spielen, abgesehen von den beiden in der Anmerkung angegebenen. Aber auch die übrigen Lustren sind so wechselnd, daß ich nur den Gesamtdurchschnitt der letzten 39 mit den 50 ersten Jahren vergleichen möchte, also

1820—1870 Paralytikeraufnahmen M. 4,65 Fr. 0,40 Sa. 2,67
1871—1909 „ M. 12,90 Fr. 2,54 Sa. 7,72

Ich sehe davon ab zu erörtern, ob die Errichtung der Provinzial-Irrenanstalt bei Neustadt in Holstein seit Anfang der 90. Jahre und der Psychiatrischen Klinik in Kiel seit Anfang unseres Jahrhunderts

[1]) 1880/81 sind es 5/4 Jahre infolge Verschiebung des Anfanges des Rechnungjahres.

[2]) Hier sind also nur vier Jahre berechnet, sonst fünf.



die Aufnahmen in Schleswig beeinflußt haben, denn die Prozentzahlen behalten ihren Wert. Die Zunahme ist fast eine dreifache. Bedeutet das die Vermehrung der Fälle oder das Wachsen ihrer Erkenntnis? ich wage das nicht zu entscheiden, glaube aber, daß beides der Fall ist, allerdings wohl vorwiegend Zunahme der Fälle, denn schon einige Jahrzehnte vor 1870 war die Aufmerksamkeit der Ärzte auf die Paralyse gerichtet, ohne daß ihre Zahl z. B. zwischen 1846/65 und 1866/70 sich wesentlich steigerte.

Das Wichtigste bleibt für unseren Zweck der Nachweis der Tatsache, daß schon gleich bei Eröffnung der Anstalt im Jahre 1820 Paralytiker aufgenommen wurden. Ich gebe unten Auszüge aus einigen besonders beweisenden Krankengeschichten, welche auch in mancher anderen Hinsicht lehrreich sind. Hervorhebe ich, daß mehrere Fälle aus Hamburg und Kopenhagen kamen — der Ruf der Anstalt war bald ein guter —; daß diese großen Städte schon damals die Syphilis als Ursache der Paralyse erkennen lassen, ist auch von großem Interesse.

Als Ergebnis vorstehender Betrachtungen ziehe ich den Schluß: Paralyse ist nicht nur eine moderne Krankheit; sie war wahrscheinlich schon seit dem Altertum vorhanden, auch im 19. Jahrhundert blieb sie aber lange unerkannt; seitdem scheint sie zugenommen zu haben, zum Teil gleichzeitig erst genauer beschrieben und erkannt. Daß es uns heutzutage ähnlich mit der Dementia präcox gegangen ist, verdient Beachtung.

Von historischem Interesse ist es, daß schon 1857 *Esmarch* und *Jessen*, der Sohn unseres oben viel genannten, die Frage aufwarfen, ob nicht Syphilis die eigentliche Ursache der Dementia paralytica sei [1]); ihre Fälle ohne Extremitätenlähmung waren wohl keine echten Paralysen, sondern nur auf Hirnsyphilis folgende Psychosen, aber ihr Verdienst, jene Frage angeregt zu haben, möchte ich an dieser Stelle wieder einmal hervorheben.

Einige Erörterungen über Tabes dorsalis vgl. im Anhang nach den hier folgenden Auszügen einiger Krankengeschichten.

[1]) Allg. Zeitschr. f. Psych. Bd. 14 S. 20—36.



Es ist nicht möglich, diese hier sehr ausführlich wiederzugeben, obwohl sie zahlreiche sehr interessante Einzelheiten über damalige Behandlungsart und Medikamente aufweisen, die in anderem Zusammenhang von noch größerem historischen Werte wären. Ich gebe also zunächst die Auszüge von Krankengeschichten, die mir unzweifelhaft beweisen, daß es sich um Paralyse handelte; es folgen dann einige, bei denen verwandte Krankheitbilder von Hirnsyphilis und Tabo-Paralyse geschildert zu sein scheinen; wie ich hier wieder hervorhebe, sollen sie beweisen, daß es schon 1820 in Schleswig unerkannte Paralysen gab.

Fall I. P., Buchhalter aus Kopenhagen, 44 J. alt. Aufgenommen 8. Oktober 1822. Seit 15 Jahren Neigung zur Hypochondrie. Ausschweifungen in Venere und syphilitische Krankheit 1808 hatten stattgehabt; als vor sechs Jahren große Reizbarkeit begann, folgte Heiterkeit, selbst Ausgelassenheit. Juni 1820 heftige hypochondrische Anfälle, die manchmal nahe an Wahnsinn grenzten, jeden zweiten oder dritten Tag mit wirklichen Fieberbewegungen; Anfälle von Tobsucht und Wut. Kam in Kopenhagen ins Hospital: Hungerkur, Sturzbäder. Nach wenigen Wochen gebessert entlassen; zu Hause kehrten die Zufälle in vollem Maße zurück, manchmal mit krampfhaftem Ziehen der Gesichtsmuskeln. Angst, Unruhe, Furcht vor einer Strafe der Obrigkeit, z. B. Enthauptung, verbrannt, vergiftet zu werden, waren beängstigende Ideen; laut flehend und weinend um Gnade, meist ergeben, doch war man in einigen Fällen genötigt, die Zwangweste anzulegen.

Bei der Aufnahme sehr abgemagert, stand zitternd, ging schlotternd, konnte sich kaum allein aus- und anziehen. Das Gesicht war erdfahl, das Auge ohne Glanz, öfters krampfhafte Verziehung der Gesichtsmuskeln, namentlich des Mundes beim Sprechen. Die Sprache war langsam, schleppend, ein Mitteldinq zwischen Weinen und Schreien, jede einzelne Silbe mit Intervallen unterbrochen, stark betont und mit einer heulenden durchdringenden Stimme ausgesprochen. Ging mit schlotternden Beinen, zitternd und wankend, beschäftigte sich mit Auf- und Zuknöpfen der Kleider, war unreinlich. In seinem Verhalten andertägiger Typus: an den schlimmen Tagen sehr eigensinnig, zog sich nackend aus, wurde tätlich und schrie: „Sie sollen hinaus, sie wollen mich vergiften usw.“ Daher oft Anlegung der Zwangweste. Im November waren trotz vieler Medikamente und Bäder auch die guten Tage schlimme geworden, und kam Pat. in die Zellenabteilung. Wieder Bäder, Rheinwein und Arzneien; dann ruhiger und reinlicher, kräftiger. Im Dezember spielte er Billard, las Zeitungen und Bücher, freilich ohne den Sinn des Gelesenen zu verstehen; er hörte gern Musik. Das Essen, schöne und neue Kleider beschäftigten ihn aber am meisten. Mitte Januar 1823 wieder bedeutende



Verschlimmerung des Gemütszustandes. Im März trat der andertägige Typus mehr oder minder deutlich hervor, die Nächte waren oft unruhig, der alte heulende Ton der Stimme blieb, an den schlimmen Tagen lief Patient öfter im Hause und Hofe herum und wiederholte einzelne Worte oder Sätze Viertelstunden lang und länger mit gellender, durchdringender Stimme, z. B.: „Kehre dir an nichts und sei ganz vergnügt"; „ich will die 100 000 Taler haben". Überhaupt sprach er sehr oft von 20 000 oder 100 000 Öfen, Talern, Städten, Menschen usw. Besuche wollte er nicht haben, er bestand darauf, daß man weggehen sollte, schimpfte, schlug. Einige Male ward ein auffallender Wechsel von Freundlichkeit und Zorn beobachtet in wenigen Minuten. Verunreinigte jetzt Bett und Kleidung. Allmählich entwickelte sich allgemeine Phthisis, besonders des Kehlkopfes; dabei wurde er gleichmäßig ruhiger, blieb aber verworren. Tod am 28. November. Bei der Obduktion zeigte sich Oedema piae matris und Wasseranhäufung in den Ventrikeln, sonst keine Abnormität im großen oder kleinen Hirn.

Fall II. — R. aus Schleswig, Hoboist, 35 Jahre alt. Aufg. 19. Juli 1824. Hat dem Hauswirt erzählt, daß er vor mehreren Jahren einen heftigen Anfall von Gemütskrankheit in Kopenhagen erlitten habe, der etwa ein halbes Jahr gedauert. Wurde am 11. Juli ins Militärkrankenhaus hier gebracht wegen Kopfschmerzen und Übelkeit. Er verriet viel Unruhe, fing an Sachen zu beschädigen und verworren zu sprechen; seine Braut sei ihm erschienen und habe ihm Vorwürfe gemacht. Es wird bemerkt: obgleich Pat. kein eigentlicher Säufer war, so mag zu starker und häufiger Genuß von Spirituosis an der Entstehung der Krankheit Anteil gehabt haben. Bei der Aufnahme: Blick unstet, wild — Speisen mit einiger Gierigkeit verschlungen. Unaufhörliches, unzusammenhängendes Geschwätz mit lauter Stimme und großer Lebhaftigkeit, lebendiger Gestikulation, Hin- und Hergehen, auch des Nachts. Sein Geschwätz bestand in einzelnen vollständig ausgesprochenen Sätzen, die zum Teil in einiger Verbindung mit einander standen, zum Teil verschiedene Ideen in raschem Wechsel und Sprüngen aufeinander folgen ließen; ohne daß Anreden und Versuche, seine Aufmerksamkeit zu fixieren, den mindesten Erfolg gehabt hätten. Er sprach am häufigsten von großen Reichtümern, von 100 000 Talern und Tonnen Goldes, die er haben oder verschenken wollte, von Ländern und Königreichen, von Armeen und Flotten. Oft verlangte er meinen Hut, meinen Rock u. dgl. und sprach von schönen Kleidern, die er haben, und wofür er große Summen und Reiche verschenken wollte. Oft äußerte er, daß mancherlei Gestalten, Geister, schwarze Tiere um ihn wären und er diese verjagen müsse, weshalb er viel spuckte. Von dem häufigen Ausspucken war manchmal die ganze Wand naß. 6 Blutegel in den Nacken, Emetica, Sturzbäder ohne Erfolg. Pat. ließ alles unter sich gehen, zerriß seine Kleider und andere



Dinge; mußte daher häufig eine Zwangsjacke tragen, obwohl er nicht tätlich war, nur drohte. Allerlei Medikamente, kalte Blase im Nacken 6 Stunden lang, erfolglos. Ließ alles unter sich gehen, so daß ihm ein Weiberrock angezogen werden mußte. Er zertrat die Exkremente mit den Füßen, beschmierte Diele und Wände damit. Dazwischen lautes durchdringendes Schreien. Im September heißt es einmal: die Verworrenheit des unaufhörlichen Geschwätzes schien in der Art zuzunehmen, daß oft einzelne Sätze nicht völlig ausgesprochen, sondern in der Mitte abgebrochen wurden. Alle 2—3 Tage neue Medikamente, im Oktober Einreibung von Brechweinsteinsalbe; erfolglos. Im November mußte er wegen Furunculosis meist im Bette gehalten werden. Öftere warme Bäder, Setaceum im Nacken. Im Dezember bei der fortdauernden Unruhe Abmagerung. Januar 1825: Einige Tage zweimal täglich Sturzbäder. Alles erfolglos. Von neuem bis Mitte Februar 4 Wochen lang Sturzbäder (52 in 4 Wochen), die an Wirksamkeit zuzunehmen schienen; Pat. versprach sich ruhig zu verhalten, männlich zu sein, nichts zu zerreißen, sprach ziemlich zusammenhängend. Aber dann wieder Lärmen, Unreinlichkeit, zerriß seine Kleidung, biß in die Fensterbänke. Druckbrandstellen am Kreuz und Schultern. Im März trat häufiges, starkes Zähneknirschen neu hinzu. Puls 90—100 in der Minute. Genaue Berichte über die sorgfältige Behandlung der vielen großen Druckstellen. Im Mai heißt es: zunehmende Abmagerung und Entkräftung, häufiges Zähneknirschen. Anfang Juni kurze Besserung, konnte im Garten etwas jäten und hacken. Aber bald zeigte sich wieder Zittern der Glieder bei jeder Bewegung, Verziehung der Gesichtsmuskeln, Zähneknirschen, matter Blick. 12. Juni: Pat. lag wie ein schwerer Typhuskranker, mit sehr frequentem weichen kleinen Pulse (120), saturierter, dunkler Röte des Gesichts, trübem matten Blick, Zittern der Glieder, leichten Zuckungen und Zähneknirschen, bräunlich belegter Zunge, Delirien. Am 14. Juni 160 Pulse, sonst wie vorher: Seufzen, Zuckungen und Zittern der Glieder, der Mundwinkel. Am 15. häufige Verzerrungen und Zuckungen der Gesichtsmuskeln, lautes Schreien hervorgehoben. Am 16. Juni Vormittags erfolgte der Tod mit den Merkmalen allgemeiner Erschöpfung.

Obduktion am folgenden Tage. — Der Schädel war von mäßiger Dicke, adhärierte fast an der dura mater, namentlich in der Gegend des sinus longitudinalis; an verschiedenen Stellen fanden sich *Pacchioni*sche Drüsen, von denen eine ein kleines Knochenkonkrement von der Größe eines Stecknadelknopfes enthielt. Zwischen dura mater und arachnoidea Wasseransammlung und Adhäsionen, namentlich zu beiden Seiten des sinus longitudinalis; die dura mater nicht verdickt. Zwischen arachnoidea und pia mater und zwischen letzterer und dem Gehirn selbst ebenfalls Ansammlung von Wasser, die Blutgefäße mit Blut ziemlich angefüllt, doch nicht bis zu übermäßiger Ausdehnung. Die arach-



noidea erschien im ganzen Umfange ungewöhnlich fest und derb, enthielt zu beiden Seiten des sinus longitudinalis Verdickungen, die sie weiß und undurchsichtig machten, bis zu einer Linie stark. Die Stellen hatten einen Umfang von einem Schilling, die Verdickung war im centro am stärksten und verbreitete sich nach allen Seiten strahlenförmig, so daß sie eine auffallende Ähnlichkeit mit der ersten Bildung der (unleserlich) ...s Knochen, vom Ossifikationspunkte aus, hatten. Nach Herausnehmen des Gehirns blieben in der Schädelhöhle mehrere Unzen Wasser zurück.

Die Hirnsubstanz war ziemlich fest und derb, enthielt nicht viel Blut, die sulci erstreckten sich tief nach innen, einer bis aufs centrum semiovale, einige Linien von den Hirnhöhlen. Die Seitenhirnhöhlen enthielten etwas Wasser, auf beiden Seiten war das corpus striatum in seiner ganzen Ausdehnung mit kleinen kugelförmigen, nur in gehörigem Lichte sichtbaren Erhabenheiten dicht bedeckt, die sich auch auf der taenia zwischen corpus striat. und thalamus vorfanden. Sie waren nicht größer als Frieselbläschen, hell und durchsichtig, standen ganz dicht gedrängt und bewirkten beim Betasten eine merkliche Rauhigkeit der Oberfläche. An der linken Seite fanden sich auf dem thalamus zwei isolierte, etwas größere Kügelchen, wie ein halber Stecknadelknopf, die, auf dem Nagel zerdrückt, einige Flüssigkeit hinterließen; wahrscheinlich waren also auch jene Kügelchen anfangende Hydatidenbildung. Es wurde die obere Schichte der corpora striata abgeschnitten, und nach vorsichtiger Wegnahme der Hirnsubstanz zeigte sich die äußere Oberfläche als eine zusammenhängende durchsichtige Membran (wie die arachnoidea), worin jene Kügelchen, gegens Licht gehalten, als kleine Pünktchen erschienen. In ähnlicher Weise ließ sich auch auf andern Stellen der Wandungen der ventriculi later. der Überzug von einer feinen Membran bestimmt und deutlich darstellen, namentlich auf den thalamis, jedoch auch hier bei weitem nicht so leicht und in so großem Umfange, als es bei den corpor. striat. geschehen war, deren ganze Oberfläche als eine einzige Membran sich ohne alle Schwierigkeit darstellen ließ. Im inneren Bau zeigten die corpora striata, thalami usw die gewöhnliche Beschaffenheit. Der plexus choriodeus war auch vorn sehr dünn, sonst von gewöhnlicher Struktur, und enthielt feine Hydatiden.

Der ventriculus tertius war erweitert, mit Wasser angefüllt, besonders der aditus ad infundibulum beträchtlich ausgedehnt. Auf dem hinteren Vierhügelpaare fanden sich wieder kleine Hydatiden von der Größe eines kleinen Stecknadelknopfes. Die Zirbeldrüse war auffallend klein, nicht viel größer als ein Stecknadelknopf, übrigens von gewöhnlicher Farbe und Beschaffenheit. Das kleine Gehirn hatte ungewöhnlich tiefe Einschnitte, das corpus dentatum war klein und von ungewöhnlich blasser Farbe. Sonst fand sich in den übrigen Teilen keine merkliche Abnormität.

Es folgt ein sehr sorgfältiges Protokoll über die anderen Körperhöhlen; eine Rückenmarksektion fehlt.



Klinisch und pathologisch-anatomisch haben wir sehr feine Beobachtungen über einen Fall, der zweifellos eine Dementia paralytica ist; über etwaige Syphilis fehlt eine Angabe.

Fall III. — M. aus Keitum, Schiffer, 40 Jahre alt. Aufg. 26. Nov. 1824. Litt wiederholt, namentlich vor 10 Jahren kurz vor seiner Verheiratung, in bedeutendem Grade an Syphilis. Ehe kinderlos. Beiderseits große Libido. Schon länger, namentlich im Verlauf des letzten Jahres irrige Ideen, die nach dem Tode seiner im September verstorbenen Frau deutlicher hervortraten, als er freier über ein nicht unbedeutendes Vermögen disponieren konnte. Seit ¼ Jahr leidet er an Moria, wobei er sich in angenehmen Täuschungen über sich und seine Verhältnisse gefiel, selten störend und lästig war, doch zuweilen mit heftigen, strengere Bewachung und Zwang erfordernden Paroxysmen. Geschwätzigkeit, vieles Schreiben. Ideen meist heiter: Macht, Heirat, Reichtum, Ansehen usw. Er machte schriftlich Bestellungen auf Waren, die in die Tausende gehen; oft enthielten die Briefe auch läppischen Wirrwarr. Auch hielt er sich für den Kaiser von Rußland, ernannte Beamte, oder für den Papst, rezitierte Gebete und Gesänge. Am meisten beschäftigten ihn Heiratpläne, putzte sich, wollte seine vermeintlichen Bräute besuchen, führte dabei oft die schamlosesten Reden. Mehrere Tage hindurch führte er eine Korrespondenz mit seiner verstorbenen Frau, die er durch Tote seiner früheren Bekanntschaft in den Himmel frankierte. Schließlich tobende Wildheit, worin er Tür und Fenster zerschlug.

In der Anstalt dasselbe Verhalten: verlangt als König, daß seine Beamte ihm Regimenter zu seiner Befreiung schicken sollten, schrieb an den Papst in Rom. Bemalte Türen und Wände mit Kreide, lief unruhig umher, belästigte andere Kranke, mußte eingeschlossen werden. Im Dezember Steigen der Erregung; Sturzbäder; Beruhigung. Dann Vernachlässigung der Reinlichkeit des Körpers und der Kleidung; dabei sehr geschwätzig und in allen Bewegungen langsam. Im Februar 1825 wurde seine gewalttätige Unruhe mit Zwangstehen (¼—½ Stunde) bekämpft, angeblich mit Erfolg; konnte mit Holzsägen und Gartenarbeit beschäftigt werden. Im März Zustand von Trägheit und Torpidität. Viermal wöchentlich wurde gebadet; zahlreiche Medikamente. Vergiftungsgedanken im Mai. Im Juni Unreinlichkeit. Hielt 24 Stunden den Urin an, aß nicht aus Furcht vor Gift. Im Juli wechseln Sturzbäder und warme Bäder zur Beruhigung, mit Erfolg. Lag gern zu Bett, apathisch. Im August Sturzbäder ausgesetzt, ließ den Urin doch immer unter sich gehen; er behauptete, es sei Samen, der allmählich ganz und gar nach unten ablaufen werde, was von den Steinen herrühre und zwar den Grundsteinen des Hauses. Im November reinlich; im Dezember still und gleichgültig.



Die weitere Fortsetzung der Krankheitsgeschichte ist verloren gegangen. Pat. starb am 26. Januar 1828. Über Obduktion fehlen die Angaben auch. Trotzdem ist auch dieser Fall wohl bestimmt als Paralyse anzusprechen.

F a l l IV. — C. aus Elmshorn, Kaufmann, mosaisch. ? Jahre alt. Aufg. 5. August 1822. Lebte höchstwahrscheinlich ausschweifend schon seit seinem 15. Jahr; zeigte nachher leidenschaftliche Spielsucht. Vor 5 Jahren verheiratete er sich und kam in den Besitz eines ansehnlichen Vermögens, welches er aber auch durch eigenes Verschulden zerrüttete. Im März 1822 Depression, schrieb verwirrte Briefe; dann Tobsucht.

Bei der Aufnahme sprach er oft von Hunderttausenden oder Millionen, die er schenken oder erwerben wolle, oder um die man ihn betrogen habe. Den Arzt (*Jessen*) hielt er für seinen Sohn. Starker Stimmungwechsel. Heftiges Fortdrängen. Kramte mit seinen Kleidungstücken umher. Nachts unruhig und unreinlich. Brechmittel, Abführmittel, Sturzbäder beruhigten ihn anscheinend. Januar 1823 arbeitete er widerstrebend im Holzstalle. Im Februar mit Abschreiben beschäftigt, fügsamer. Im April sammelte er Gras und Blätter in seiner Mütze, um sie zu verkaufen; wollte sich nach Calais einschiffen, glaubte große Summen zu besitzen. Gegen Frau und Familie zeigte es sich durchaus gleichgültig. Im Juni Depression, Entweichungsversuche, bat jeden um Schlüssel, er müsse weg, um etwas zu verdienen. Nicht selten entkleidete er sich und lag die Nacht häufig nackt im Bette. Einiges Zittern der Glieder wurde zuweilen wahrgenommen; Abmagerung bei gutem Appetit. Im Juli nahm das Zittern zu, dabei Gleichgültigkeit, Einsilbigkeit. Am 16. erreichte das Zittern p l ö t z l i c h einen so hohen Grad, daß der Kranke weder auf den Füßen stehen, noch in sitzender oder liegender Stellung erhalten werden konnte. Dabei drängte er fort und konnte kaum durch zwei Personen gehalten werden; Blick und Gesichtzüge zeigten höchste Angst. Dieser Zustand blieb unter Schwankungen bis Ende des Monats, wurde mit Moschus und Bädern behandelt und anscheinend gebessert. Aber am 1. August 10 Uhr Vormittags p l ö t z l i c h eintretender h e f t i g e r P a r o x y s m u s, der Anfangs einem epileptischen Anfall ähnelte. Pat. lag starr und unbeweglich, bis auf häufige Zuckungen der Glieder und Zusammenfahren, mit blassem Gesicht, halbgeschlossenen, leblosen Augen, und war durch kein Anreden und Zurufen zu ermuntern. Zugleich war unwillkürlicher Abgang des Urins und der Exkremente eingetreten, die Extremitäten bis an Knie und Ellenbogen kalt, der Puls schwach, aber eher zu frequent, als zu selten. Unverständliches Murmeln. Blutegel, Sinapismen, Moschus. Am Nachmittage schien das Bewußtsein etwas zurückzukehren; die Zuckungen hatten aufgehört oder doch sehr abgenommen. Vesikator im Nacken, warmes Bad, Abführpulver, kalte Umschläge. Am 3. August kein sopor mehr; aber unwillkürlicher Stuhl-



abgang; kein Zittern und Zuckungen selten. Am 7. August Verschlimmerung; die größte Ähnlichkeit mit einem Typhus completus. Decubitus am Os sacrum; möglichst Seitenlage, Schaffell als Unterlage, Gefäß mit Wasser unter die Bettstelle geschoben; täglich ein warmes Bad mit kalten Umschlägen auf dem Kopf. Am 9. besser. Am 11. Anfälle von Starrheit und Sprachlosigkeit, die einige Minuten bis ¼ Stunde dauerten, abwechselnd Delirien, häufigere Zuckungen. Es wurden 6 Blutegel an Hals und Nacken gesetzt, welche bei Wiederholung eines solchen vorübergehenden, einer Ohnmacht ähnlichen Zustandes plötzlich aufhörten zu saugen. Fortwährende Delirien. Warme Bäder. Am 12. mehrere ohnmachtähnliche Zufälle von augenblicklicher Dauer. Am 13. Besserung, selten Zuckungen oder Delirien. Fortsetzung derselben Behandlung. Am 18. wesentliche Besserung; konnte allein stehen. Appetit hob sich. Sprach davon, daß er ohne Sorgen sei und eine ganze Portion Geld habe u. dgl. Am 25. Wiederkehr der krampfhaften Zufälle, die auch den Schlaf störten, größere Bewußtlosigkeit; am 28. Aufhören der Krämpfe. Am 20. September Abends nach mehrwöchentlichen besseren Befinden stärkeres Zittern und allgemeine Krämpfe mit völliger Bewußtlosigkeit. Am 21. unaufhörliche allgemeine Krämpfe, den ganzen Tag und die Nacht mit minutenlangen Pausen; am 22. Morgens erfolgte der Tod.

Keine Obduktion wegen Beerdigung nach mosaischem Ritus.

In diesem Falle ist die genaue Schilderung der paralytischen Anfälle von hohem Interesse. Syphilis ist nicht nachgewiesen, aber viel Gelegenheit zur Infektion.

Fall V. — D. aus Hamburg, Kaufmann, 48 Jahre alt (?). Aufg. am 9. Dezember 1820. Litt mehrmals an Syphilis, die er nicht gehörig abwartete, setzte sich vor der Heilung neuen Ansteckungen aus, steckte seine Frau an. Er litt seit 1801 neben syphilitischen Gliederschmerzen, Halsbeschwerden, Tophis, Bubonen, Condylomen usw. auch an Hämorrhoidal- und Gallenkrankheiten, auch 1801 an einer wahrscheinlich syphilitischen Amblyopia. Er war zugleich stolz und ehrgeizig, und Verminderung des Vermögens veranlaßte die Geisteszerrüttung. Er kaufte zuerst eine Menge Mobilien auf, bot seine Tochter einem anderen an; um Unglück zu verhüten, brachte man ihn am 1. November 1819 in ein Hamburger Krankenhaus. Behandlung mit Einreibungen von Tart. emetic. auf dem Scheitel, so stark, daß ein Teil der galea zerstört wurde und das Cranium durch Exfoliation heilte. Seit Februar 1820 war er in Schleswig von dem Etatsrat *Suadicani* behandelt worden.

Bei der Aufnahme litt er an vollendetem Blödsinn mit völliger Torpidität. Nur das Essen schien ihn zu interessieren. Große Unempfindlichkeit der Haut gegen Nadelstiche (versehentlich beim Anlegen eines



Verbandes durch den Wärter). Er saß fast immer; unaufhörlich rezitierte er einzelne Worte: z. B. „geh ich über Berg und Tal", oft sehr laut. Die Sprache war stets langsam, gedehnt, schleppend, monoton. Besuche waren ihm stets unangenehm: „gehn Sie nur weg, Adieu!" Fragen beantwortete er fast nur mit Ja und Nein. Gegen Ende Dezember fing er an unreinlich zu werden; Nachts wurde er stets geweckt und angehalten den Urin zu lassen; oft tat er dies erst nach ¼ Stunde. Sorgfältige Behandlung einiger Decubitusgeschwüre wird beschrieben, wobei z. B. eine Ligatur durchzogen wurde, um Hautbrücken allmählich zu durchschneiden; Spazierenführen, um den Druck zu vermeiden, gute Nahrung: jeden Morgen 2 weichgekochte Eier. Tod an Erschöpfung am 24. März 1821.

Dieser Fall ist vermutlich auch als Paralyse anzusprechen; obwohl die Amblyopie 20 Jahre früher eine ältere Hirnsyphilis anzuzeigen scheint.

Fall VI. — J. aus Sonderburg, Barbier, 40 Jahre alt. Aufg. 11. September 1823. Vor ungefähr 6 Wochen Tobsucht, entstanden durch häusliches und eheliches Unglück. Pat. war früher Marqueur, zweimal unglücklich verheiratet, nicht zum Trunk geneigt, soll früher einmal syphilitisch gewesen und durch Salivation geheilt sein. Vor 3 Jahren erlitt er einen apoplektischen Anfall, der eine Lähmung der ganzen linken Seite zurückließ.

Bei der Aufnahme war der linke Arm quoad motum völlig gelähmt, einiges Gefühl schien darin vorhanden; die Beweglichkeit des linken Beins war unvollkommen; im Gesicht keine Lähmung. Gesichtsausdruck verstört. Er sprach unaufhörlich, war in steter Bewegung, Tag und Nacht. Beschmutzte Bett und Kleider, warf Mobilien und Bettzeug umher. Alle Bewegungen geschahen mit einer gewissen Langsamkeit und Schwerfälligkeit, und auch die Sprache hatte trotz dem unaufhörlichen Schwatzen etwas Langsames, Bedächtiges, Schwerfälliges. Verworrene Reden, nicht selten verknüpft mit malitiösen Bemerkungen, Schimpfen und Zoten. Langsame, starke Betonung der Wörter. Ausführliche Schilderung von Klangassoziationen. Geneigt sich nackt auszuziehen und mit Exkrementen zu beschmieren. Im Oktober bettlägerig, Druckstellen; unreinlich im höchsten Grade. Am 13. Oktober machte gegen Abend ein „apoplektischer Tod" seinem Leben ein Ende, wie es heißt; die Schilderung entspricht aber mehr einem einfachen Erschöpfungzustande. Von der sehr genauen Hirnsektion sei nur erwähnt: Schädelknochen ungewöhnlich dick und fest. Die Dura und Pia mater an verschiedenen Stellen ziemlich fest verwachsen; stark oedematös durchtränkt. In allen Ventrikeln sehr viel Wasser, Gehirn selbst blutarm. Das kleine Gehirn besonders fest (Sektion am 15. Oktober, also etwa 36 Std.



nach dem Tode), auch das große überall derb. Auch im Rückenmarkskanal viel Wasser; die Oberfläche des Rückenmarks sehr blutreich; die Nervenursprünge auf beiden Seiten gleich dick und konsistent.

Hier ist wohl eine Hirnsyphilis ohne paralytische eigentlich progressive Demenz anzunehmen.

Fall 7. J. aus Oldenswort, Arbeitsmann, 29 Jahre alt. Aufg. 27. Mai 1821. — Genaue Schilderung eines Zustandes, der seit Frühjahr 1820 mit Schwäche und Zittern im linken Arm und Bein einsetzte, wobei Unordnungen des Verstandes auffielen; dabei nicht selten Krämpfe der Kinnlade mehrere Stunden, die ihn am Essen und Sprechen hinderten; dann wurde auch der Gang taumelnd. Gefährliche Anfälle verlangten 14 Tage lang seine Unterbringung im Stockhause, wo er beständig liederliche Reden führte; auch verunreinigte er sich. In der Irrenanstalt blieb er anfangs erregt, warf mit Steinen, schalt, führte gemeine und pöbelhafte Redensarten; öfter hatte er Krampfanfälle mit starker Verziehung des linken Mundwinkels, ohne völlige Aufhebung des Bewußtseins. Vom August an werden diese kramphaften Paroxysmen allgemeine genannt, öfters Zittern und Krampf in den Mundwinkeln. Urinieren sehr langsam, oft unrein. Größere Unbesinnlichkeit und stärkeres Zittern seit 1822; stetes Unvermögen zu gehen, oft schwere und gehinderte Sprache. Im Juni Dekubitus. Klagte viel über Schmerzen in den Hüften. Oedeme bis zum Knie; Unterleib gespannt. Klagte über Schwindel, bat, man möchte ihn halten, weil er, obgleich er im Bette lag, umzufallen befürchtete. Unter zunehmenden und immer heftigeren Krämpfen verschied er am 30. Juli 1822. Die Sektion wurde auf Bitten der Frau, welche in der Anstalt als Wärterin diente, unterlassen. Jessen schließt dann: „Das Vorhandensein und die allmähliche Entwicklung von Tabes dorsalis ist wohl nicht zu bezweifeln."

Wir dürfen uns diesem Urteil anschließen, obwohl keine Syphilis in der Ätiologie angegeben wird; die psychische Erscheinung der Demenz würden dann zur Diagnose einer Tabo-Paralyse führen. Doch könnten die starke Beteiligung einer Seite, besonders des linken Facialis, der Schwindel im Liegen auch örtliche engere Lokalisation bedeuten; auch fehlt ja die Sektion.

Einwandfreier ist nun noch der letzte Fall:

Fall 8. J. B., Buchhalter, verwitwet, aus Hamburg, 38 Jahre alt. Aufg. 12. Dezember 1820. — Keine erbliche Anlage. Gutes Gedächtnis, gewandter Redner. Besaß eine bedeutende Insektensammlung. Exzesse in Venere. Vor 8 Jahren Schanker am Penis und Luesspuren im Schlunde. Vor 4 Jahren Trübsinn, saß stundenlang stumm; dabei fortgesetztes liederliches Leben. Vor 2 Jahren



Schlaflosigkeit, arbeitete langsam, verschrieb sich oft in den Zahlen, vergaß seine Bureaus zu verschließen, wurde mißtrauisch und zänkisch. Seine Verhältnisse zerrütteten sich; zu Hause verfertigte er zwecklos immer Pappkästen. Anfang 1819 reiste er mit einem öffentlichen Frauenzimmer nach Berlin unter dem Vorwande, sich dort von seiner Schlaflosigkeit und Schwäche heilen zu lassen; in völliger Geisteszerrüttung kehrte er zurück. Anfangs war er widerspenstig, selten tobsüchtig; allmählich trat ein freundliches stilles Wesen auf. Von Berlin brachte er Zittern der Glieder mit, die Schwäche der Extremitäten nahm allmählich zu. Er war zu Durchfällen geneigt, die oft plötzlich eintraten, behielt dabei einen guten Appetit und ein gutes Aussehen. Er verriet stets ein enormes Wortgedächtnis, konnte Gedichte ohne Anstoß hersagen; erinnert sich vergangener Begebenheiten nur sehr unsicher, verwirrt und verwechselt Zeit und Umstände miteinander; springt im Gespräche immer ab. Da er sich im Geschäft bedeutende Nachlässigkeiten zuschulden kommen ließ, wurde im Februar 1820 ärztliche Hilfe gesucht. Er klagte selbst über Ohrenklingen und Gedächtnisschwäche, könne mäßige Kolumnen nicht mehr aufaddieren, der Kopf sei ihm wüst, Hände und Füße kalt und er leide oft an Krämpfen in den Waden.

Aus dem Status bei der Aufnahme: Stetes nicht unbedeutendes Zittern des rechten Beines und Armes, schwankende Bewegungen, Zucken beim Gehen, so daß Pat. nicht allein aufstehen konnte, ohne Gefahr zu fallen. Ebenso zittert die Hand stark beim Essen, beim Ausstrecken. Auch in der linken Seite, namentlich im linken Bein, ward ein ähnliches Zittern, jedoch in geringerem Grade, beobachtet. Es fehlte den Gesichtzügen am gehörigen Leben, das Auge war matt. Es folgen sehr genaue Schilderungen eines heiteren Schwachsinns. Er versammelte Zuhörer zum Vorlesen, schalt, wenn sie nicht stille sitzen wollten oder sprachen. Jedes Buch fand er wunderschön, wußte aber nicht, was er las oder gelesen hatte. Seit Februar wurde er unreinlich. Die Sprache war in den letzten Tagen des März schwer stotternd, fast unverständlich; dabei das Gehen vor Zittern und Schwanken fast unmöglich. Die Gesichtsfarbe sehr blaß und unverändert. Der Kranke schien den Urin fast gar nicht lassen zu können. Im April und Mai werden mehrfach Paroxysmen beschrieben, wobei er schrie, sich unter krampfhaften Zuckungen umherwarf, aus dem Bette fiel; um ihn zu halten, zog man ihm die Zwangsjacke an und band die Füße zusammen. Es zeigte sich Druckbrand am Kreuz und den Trochanteren. Zu derselben Zeit rezitierte er Gedichte. Die Dysuria paralytica nahm zu. Nachts wiederholten sich so heftige allgemeine Konvulsionen, daß keine drei Personen ihn im Bette zu erhalten vermochten, und daß er von Schweiß triefte; dabei flötete, sang und schrie er entsetzlich: „ist der Esel fort".



Um ihn vor Verletzungen zu schützen, setzte man ihn in den Zwangstuhl oder band ihn mit Riemen am Bett fest. Unter Sehnenhüpfen, kleinen Zuckungen der Muskeln und Flockenlesen trat am 6. Juni der Tod ein.

Die Leiche war nach 24 Stunden schon sehr in Fäulnis übergegangen, das Muskelfleisch ungewöhnlich trocken und sehr dunkelrot gefärbt. In der ganzen Schädelhöhle und ebenso auch im Rückenmarkskanal fand sich viel Wasser, teils in allen Ventrikeln, namentlich war der rechte Ventr. lateral. stark ausgedehnt. Die crista galli ungewöhnlich scharf und spitz; die Hirnsubstanz weich. Die cauda equina höchst abgemagert, geschwunden (Tabes dorsalis), die Nervenbündel dünn: das untere Ende im canalis sacralis zum Teil degeneriert, in eine fettähnliche Masse verwandelt.

Einige geschichtliche Angaben über das Auftreten von **Tabes dorsalis** darf ich nicht unterlassen hier hinzuzufügen, obwohl sie noch weniger Anspruch auf Vollständigkeit machen können als die vorstehenden über Paralyse. Beide Krankheiten pflegt man aber jetzt oft gemeinsam unter dem Gesichtspunkte ihrer Abhängigkeit von der Syphilis zu betrachten.

Das Krankheitbild der Tabes dorsalis ist ungefähr gleichzeitig und unter verwandten Verhältnissen wie das der Paralyse im vorigen Jahrhundert entwickelt worden.

Korn [1]) sagt: „Die Tabes dorsalis (Hinterstrangsklerose), deren Erscheinungen gelegentlich schon in der antiken Literatur angedeutet wurden, wurde in den dreißiger Jahren des 19. Jahrhunderts von *Hutin* und *Monod* zuerst anatomisch geschildert, und *Cruveilhier* gab neben den anatomischen Feststellungen auch klare Krankheitschilderungen. In Deutschland lieferte *W. Horn* die erste Beschreibung 1827."

Leyden [2]) hat indessen den Namen der Tabes dorsalis, die sich als Νωτιὰς φθίσις bei *Hippokrates* findet, auf andere Rückenmarkskrankheiten bezogen; auch ist es mir bei gelegentlichen Nachforschungen nicht gelungen, Stellen zu finden, die *Korns* Annahme unterstützen; vielleicht gibt er uns noch die nähere Begründung.

Auch *Steinthal* [3]) scheint die Schilderung der Tabes bei *Hippokrates* auf Neurasthenie zu beziehen oder auf Myelitis; auch bei *Celsus* fand er nichts über Tabes. Nach *Bonetus* (Sepulchretum, Genevae 1679) zitiert

---

[1]) *Neuburger* u. *Pagel*, Handb. d. Gesch. d. Med. 1903 Bd. II S. 728.

[2]) *Leyden*, Klinik der Rückenmarkskrankheiten 1875 Bd. II S. 24.

[3]) *Steinthal*, Beiträge zur Geschichte und Pathologie der Tabes dorsualis in *Hufelands* n. Journal Bd. 15 I. Stück 1844 S. 8.



Steinthal[1]) über *Hippokrates* noch: „Tabes dorsalis duplex est Hippocr; altera ab immodica Venere (libr. 2. de morb.) altera vero a destillatione in spinam dorsi (libr. de glandulis), comitem habens dolorem continuum tum marcorem insuperabilem (nach *Tulpius* observ. libr. 3. 24.).“ Ob hierdurch unsere Tabes dorsalis festgestellt werden kann?

Erb[2]): „Gewiß war die Hinterstrangsklerose schon den ältesten Ärzten bekannt und häufig genug zur Beobachtung gekommen. Unter den spinalen Krankheitformen, über welche sich bei *Hippokrates*, bei *Galen*, bei *Bonetus* u. a. mehr oder weniger deutliche Bemerkungen finden — — fanden sich ohne Zweifel auch Fälle von Hinterstrangsklerose.“ Bei *Galen*, dessen gute Kenntnisse über die Funktionen des Rückenmarks ja bekannt sind, fand *Steinthal*[3]) wohl Lähmungen, aber keine Tabes geschildert.

Der groß angelegte *Bonetus* (s. o.) hat zahlreiche fremde klinische Beobachtungen gesammelt, gibt sorgfältige Obduktionsberichte, seine physiologischen Kenntnisse sind aber oft gering. Ich habe lange Abschnitte aufmerksam durchgesehen, fand nichts über Paralyse und nur den einen gleich wiederzugebenden Fall von Tabes dorsalis, den schon *Steinthal*[4]) zitiert: „Bonetus Libro. I Sect. XIII. obs. I enthält ein Beispiel eines Mannes, der 12 Jahre hindurch an den verschiedensten krampfhaften Affektionen, lähmungartiger Schwäche der Glieder, zuletzt gänzlicher Lähmung der Arme und Beine, erschwerter Sprache, hartnäckiger Verstopfung gelitten, ganz erfolglos behandelt worden war und zuletzt an Tabes starb.“ Er gibt dann auch den Befund einer Section des Rückenmarks im Auszug. Da der Fall von *Bonetus* aus *Th. Willis* Pathologiae Cerebri Cap. IX in dessen Opera Omnia. Genevae 1676 entnommen ist, zitiere ich nach diesem pag. 87: „Spinalis medullae truncus aquae limpidae immersus, valde extenuabatur, ut vix dimidium osseae cavitatis impleverit: quod equidem à seri salsi, cui velut incoquebatur, colluvie, effectum censemus.“

Durch *Heubner*[5]) aufmerksam gemacht auf *Astruc*, De morbis venereis lib. IV cap. 9 (1740), der ganze Kapitel enthalte, die nur über eine große Anzahl von syphilitischen Nervenkrankheiten sich verbreiten, suchte ich dort nach Paralyse und Tabes dorsalis, fand aber nichts Sicheres.

P. Frank soll zuerst (1792) die Dignität des Rückenmarks gebührend erkannt und gewürdigt haben nach *Steinthal*[6]); *Wenzel* habe „über die

---

[1]) A. a. O. S. 13.
[2]) *Erb*, Handb. d. Krankh. des Nervensystems II, 2 S. 123.
[3]) A. a. O. S. 8.
[4]) A. a. O. S. 11.
[5]) *Nothnagels* Handbuch 1876 Bd. XI S. 255.
[6]) A. a. O. S. 7.



Krankheiten am Rückgrade, Hamburg 1824, die Tabes recht gut beschrieben, aber *Hutin* 1827 erst bessere Sektionsberichte gegeben [1]).

Wichtig ist dann noch folgende Auseinandersetzung *Steinthals* [2]): „Gerade dieser Mangel an Anteil der Zerebralfunktionen bei der reinen einfachen Form von Rückendarre ist so charakteristisch, daß man es schwer begreift, wie die meisten Schriftsteller das Gegenteil davon behaupten und Mangel an Gedächtnis, an Urteilskraft, Geistesschwäche. hypochondrisch-melancholische Stimmung, Lebensüberdruß, Neigung zu Selbstmord zu den gewöhnlichen Symptomen vorgerückter Rückendarre zählen konnten. — — Nur in den seltenen Fällen, wo sich mit der Rückendarre ein organisches Hirnleiden verbindet, werden jene Erscheinungen sich hinzugesellen, sind dieselben auch von mir und anderen beobachtet worden, aber zu den wesentlichen Symptomen der Tabes dorsualis gehören sie niemals." Es scheint mir nahe zu liegen, daß hier doch auch Fälle von Tabo-Paralyse zugrunde lagen. *Steinthal* [3]) referiert selbst noch über eine zweifellose Dementia tabo-paralytica nach *Horn* (in dessen Archiv II. Stück 1833) in ausführlicher Weise; freilich haben weder *Horn* noch er die Einheit des Krankheitbildes erkannt: als Ursache gibt er Syphilis und heftige Erkältung an; die Cauda equina war dünn.

Ich unterlasse eine Ausführung der Beziehungen zwischen Syphilis und Tabes dorsalis zu geben; wenn man aber die historischen Gesichtspunkte anwendet, welche ich oben bei der Erörterung der Paralysefrage gegeben habe, so wird man manche Parallele ziehen können, die das Interesse an beiden Fragen erhöht.

---

1) A. a. O. S. 21.

2) S. 35/36.

3) A. a. O. S. 67—69.

Kleinere Mitteilungen.

Die nächste Jahresversammlung des Deutschen Vereins für Psychiatrie wird am 21. und 22. April 1911 in Stuttgart stattfinden. Folgende Referate sind vorgesehen:

1. Psychologische Untersuchungsmethoden. Ref.: *Kräpelin*-München und *Sommer*-Gießen.
2. Wie weit kommen psychogene Krankheitzustände und Krankheitprozesse vor, die nicht der Hysterie zuzurechnen sind? Ref.: *Bonhöffer*-Breslau.
3. Über den Einfluß *Wernickes* auf die klinische Psychiatrie. Ref.: *Liepmann*-Berlin.
4. Besprechung über den Vorentwurf des Strafgesetzbuchs.

An Vorträgen sind bisher angemeldet worden:

1. *O. Rehm*-Dösen: Die Bedeutung des psychogenen Moments im manisch-depressiven Irresein.
2. *Weiler*-München: Zur Untersuchung der Auffassungs- und Merkfähigkeit (Demonstration neuer Methoden).
3. *Meyer*-Königsberg: Trauma und psychische Störungen.
4. *v. Nieße-Mayendorf*-Leipzig: Über die Mechanik der Wahnbildungen.
5. *Raecke*-Kiel: Zur psychiatrischen Beurteilung sexueller Delikte.

Anmeldung weiterer Vorträge wird erbeten an San.-R. *Hans Laehr*, Schweizerhof zu Zehlendorf-Wannseebahn.

Ende März wird die Einladung mit genauerem Programm verschickt werden.

In Breslau hat sich unter dem Vorsitz von Geh.-R. *Bonhöffer* eine psychiatrisch-neurologische Gesellschaft gebildet, deren offizielle Protokolle in der Berl. klin. Wchnschr. veröffentlicht werden sollen.

Dem Verein zum Austausch der Anstaltberichte ist die Heil- und Pflegeanstalt zu Lüben (Schlesien) beigetreten.



Personalnachrichten.

Dr. ***Paul Schürmann***, bisher Oberarzt, ist zum Direktor des Landeshospitals Haina,

Dr. ***Franz Encke***, bisher Oberarzt in Ückermünde, ist zum Direktor der dortigen Anstalt,

Dr. ***Ad. Riebeth***, bisher Oberarzt in Eberswalde, zum Direktor d. Landesanstalt Landsberg a. W. ernannt worden.

Dr. ***Walter Spliedt***, bisher Oberarzt in Neu-Ruppin, hat die Leitung der Heilstätte für Alkoholkranke Waldfrieden bei Fürstenwalde übernommen.

Ds. ***Emil Bratz***, Oberarzt, ist von Wuhlgarten nach Dalldorf versetzt worden.

Dr. ***Max Wassermeyer***, bisher Priv.-Doz. in Kiel, ist als Arzt in die Dr. *Hertz*sche Privatanstalt in Bonn eingetreten und hat sich an der Bonner Universität habilitiert.

Dr. ***Korbinian Brodmann***, Ass.-Arzt der psychiatr. Klinik in Tübingen. hat sich als Privatdozent habilitiert.

Dr. ***Emil Gerstenberg***, Dir. der Prov.-Anstalt Hildesheim, ist zum Geh. Sanitätsrat,

Dr. ***Carl Oßwald***, Dir. der Landesanstalt Alzey, zum Medizinalrat und

Dr. ***Paul Winckler***, Oberarzt an der Prov.-Anstalt Owinsk, zum Sanitätsrat ernannt worden.

Dr. ***Heinr. Schüle***, Geh.-Rat, Direktor von Illenau, wurde von der Gesellschaft für Neuropathologie u. Psychiatrie in Moskau zum Ehrenmitglied gewählt.

Dr. ***Max Eisenhofer***, Anstaltsarzt der Kreisanstalt zu Bayreuth, ist gestorben.

Dr. ***Rob. Binswanger***, seit 1880 Leiter der Kuranstalt Bellevue b. Kreuzlingen, ist am 6. Dezember im 61. Lebensjahre gestorben.



Das Zucht- und Tollhaus zu Celle.

Von

Oberarzt Dr. **Mönkemöller**-Hildesheim.

Bei früheren Nachforschungen [1]) im Königl. Staatsarchive in Hannover fanden sich im allgemeinen nur die Generalakten des Zucht- und Tollhauses zu Celle. Ein großer Teil der fehlenden Personalakten fiel mir vor kurzem in die Hände, als ich die Böden der Heil- und Pflegeanstalt in Hildesheim durchstöberte. Sie ruhten in genialster Unordnung unter den hinterlassenen Werken des ersten Direktors dieser Anstalt, des früheren Zuchthausmedikus Dr. *Bergmann*, vor dessen phantastischer literarischen Leistungfähigkeit wir Modernen errötend die Waffen strecken müssen. In wertvollster Ergänzung des früheren Materials geben sie uns ein plastisches Bild des Lebens in der Anstalt selbst, wobei sich ergibt, daß man durchaus nicht immer nach dem Buchstaben der Zuchthausordnung vom 23. Dezember 1732 lebte. Die Praxis hatte auch ohne Änderung der Paragraphen dieser humanen Ordnung so manches umgestaltet, wie es die Verhältnisse und das Interesse der Kranken bedingten. Nebenher lassen die Akten aber auch erkennen, wie man damals außerhalb der Anstalt über die Geisteskrankheiten dachte und mit ihren Krankheitäußerungen sich abzufinden suchte.

Wenn zunächst nur die Akten aus dem 18. Jahrhundert zu Worte kommen, so ist das eine etwas willkürliche Abgrenzung. Aber diese Zeitspanne reicht ungefähr bis zur französischen Invasion, die in mancher Beziehung einen unverkennbaren Einschnitt in diese Verhältnisse macht; es stehen hier nur Akten zur Verfügung aus der Zeit nach dem Erlasse der Regierung vom 28. Mai 1764 [1]), der genaue

[1]) *Mönkemöller*, Zur Geschichte der Psychiatrie in Hannover. Halle 1903.

[1]) *Mönkemöller* l. c. S. 59.

Nachforschungen über das Vorleben und den Zustand jedes Kranken anordnete, der den Weg nach Celle antreten mußte. In dieser Zeit vollzog sich auch an der Anstalt in Celle die allmähliche Losreißung vom Zuchthausregime: die Irrenanstalt wurde selbständig. Das prägt sich schon deutlich in den Namen aus, die der Anstalt in dieser Zeit beigelegt wurden. Während zuerst immer nur vom Zucht- und Tollhause die Rede ist, taucht von 1787 ab der Ausdruck Zucht- und Irrenhaus auf, bis schließlich das Irrenhaus allein den Platz behauptet. Die Angehörigen nennen es fast ausnahmlos Zuchthaus, auch Werkhaus, später ab und zu Irrenhaus oder Irrhaus. Manchmal wird die lieblose Bezeichnung „Anstalt für Verrückte und Blödsinnige" beliebt. Während dieses Zeitraumes stand die Anstalt unter der Leitung des Zuchthauskommissarius *v. Döhren.* Man tritt den beiden Zuchthausmedizis, den Dr. *Thaer* und Dr. *Heine*, nicht zu nahe, wenn man die Verdienste jenes Mannes in das hellste Licht stellt, der für seine Kranken das tiefste Mitgefühl hatte und unermüdlich ihre Lage zu verbessern suchte, obgleich er einmal resigniert klagt: „Bekümmern um Kranke ist eine übel angebrachte Charité." Dabei ging er weit über das hinaus, was seine Instruktion ihm vorschrieb, und hat fraglos viel dazu beigetragen, daß in der Behandlung der Tollen immer mildere Grundsätze platzgriffen. Sein Vorgänger, der ehrenveste Königl. u. churfürstliche Stallmeister und Inspector, auch Commissarius des Zuchthauses, *Fritz*, hat nur wenig von sich reden gemacht.

Aus dem 18. Jahrhundert liegen die Akten von 192 Kranken vor. Ob vor dem Jahre 1764 überhaupt Akten angelegt wurden, ist nicht sicher, erscheint aber sehr zweifelhaft. Rechnet man die Wiederaufnahmen dazu, so ist von den 686 Aufnahmen, die von 1760 bis 1800 erfolgten, hier ungefähr ein Drittel vorhanden. Möglicherweise sind die Akten nach einem bestimmten Prinzip ausgesucht, obgleich auch die ausschweifendste psychiatrische Phantasie ein solches nicht zu ergründen vermag. Das Exil auf dem Anstaltboden hat wohl nicht dazu beigetragen, ihre Vollzähligkeit zu befördern.

Daß man in Celle selbst die Kämpfe mit der Registratur durchzumachen hatte, die noch jetzt zwischen Anstaltärzten und Anstaltbureaus ausgefochten werden, beweist ein Papierwisch in einer der Akten, auf dem der Zuchthauskommissar mit vor Empörung zitternder

Handschrift fragt, „wo denn die Akten Pr. wären". Daß manchmal die Akten nicht zur Hand waren, deren man am dringendsten bedurfte, beweist eine tadelnde Bemerkung in einer anderen Akte.

„Aus Eurem Berichte haben wir ungern ersehen, daß die diesen Menschen betreffende acta nicht aufzufinden gewesen sind und daß überhaupt die Registratur nicht in gehöriger Ordnung ist. Wir zweifeln nicht, ihr werdet es eins eurer Hauptgeschäfte seyn lassen, selbige in gehörigen Stand zu setzen."

Zum Teil sind die Akten sehr ausgiebig, zum Teil äußerst kümmerlich und nichtssagend. Gegenüber dem meist etwas farblosen Tone, in dem der geschäftliche Verkehr zwischen unseren Anstaltdirektionen und ihren hohen vorgesetzten Behörden sich vollzieht, berühren uns außerordentlich wohltuend die liebenswürdigen Verkehrsformen jener Zeit.

Keine Verfügung fing anders an, als mit der warmen Anrede: der *Königlich* Groß-Britannischen zur Churfürstlich Braunschweigisch verordneten Geheimen Räte an der Anstaltsverwaltung: „Unsere freundliche Dienste und Willfahrung zuvor, Ehrenvester Ehr und Achtbahrer günstiger und gute Freunde."

Das hinderte allerdings nicht, daß die Verfügung selbst gelegentlich in herbem Tone der Anstalt die Wahrheit sagte. Hatte man irgend einen Wunsch rückhaltlos abgeschlagen, so lautete der Schluß stets um so versöhnlicher: „Wir sind euch zu freundlichen Diensten und Willfahrung geneigt."

Daß die Beamten ihrerseits bei ihren Vorschlägen „solches lediglich zu Euer hohen Ermäßigung ehrerbietigt vorstellten und in tiefster Verehrung oder allertiefster Submission verharrten", verstand sich von selbst. Daß die Beamten untereinander — wenigstens nach außen hin — ein Herz und eine Seele waren, geht daraus hervor, daß der Dr. *Heine* den Zuchthauskommissar in einem Briefe mit „lieber Herr Hauptmann" anredete. Allerdings hatte er einen Wunsch auf dem Herzen. Auch aus den Schreiben der Kranken an die Beamten, abgesehen natürlich von denen der Paranoiker und Querulanten, weht meist ein zufriedener und vergnügter Geist, und daß sie „mit einem alle Ausdrücke übersteigenden Respecte verharren, ist noch das Allerwenigste". Mehrfach wird berichtet, daß sie im Hause des Kommissars und Arztes verkehrten und sich Bücher entliehen. Auch der briefliche Verkehr des Publikums mit der An-



staltdirektion hebt sich meist in Fülle und blumenreicher Sprache anmutig von den kurzen Episteln unserer Klientel ab, wenn es auch nicht ganz an den herben und verdrossenen Invektiven erblich belasteter Angehörigen fehlt. Aber der Gatte, der also schreibt: „Die bedauernswürdige Person, welche itzt das Glück hat, Ew. Hochwohlgeboren so freundschaftliche Begegnung zu genießen", ist der Vertreter des Gros der damaligen Verwandten.

Die Anstalt hatte nach außen hin im allgemeinen den Ruf eines milde geleiteten und wohltätigen Instituts. Das wurde von den Anstaltbeamten in den meisten amtlichen Schreiben zum Ausdrucke gebracht. Und doch dringt der Begriff des Zuchthauses nur zu oft durch alle diese Lobeserhebungen durch, wie wir auch immer wieder sehen, daß die beiden so verschiedenartigen Bewohner des Zucht- und Tollhauses durcheinander gewürfelt werden, und daß den Insassen selbst diese feine Distinktion nicht immer zum Bewußtsein kam.

So klagt ein Pastor, daß es herzfressend sei, einen Bruder in solchem Gewahrsam zu haben. Allerdings konnte sich selbiger Pastor, obgleich er betonte, daß sein Bruder mit ihm unter dem selben Mutterherzen gelegen habe, nicht entschließen, das Geld für bessere Verpflegung herzugeben. Bei einem anderen „würklich tobsüchtigen" Pastor wünschte das Königl. Konsistorium, er möge nicht in den Tollgang kommen, weil er sonst g a n z toll werden möchte, wenn er die übrigen Unklugen toben höre. (Auch für ihn gab aber rubriziertes Konsistorium kein Geld für eine bessere Unterkunft her!) Bei einer Kranken bitten die Angehörigen, man möge sie nicht unter die Wahnsinnigen und Züchtlinge setzen, vielleicht könne sie als M a g d im Zuchthause gebrauchet und als ein ehrliches, gutes Mädchen behandelt werden.

Auf der anderen Seite erklärt der Zuchthauskommissarius, der sonst nichts auf sein Tollhaus kommen läßt: „Haft bleibt Haft und muß demjenigen, der sie nicht durch Untaten verschuldet hat, sehr empfindlich sein." Und als die Entlassung einer Haushälterin, die von ihrer Herrschaft abandonniert und draußen lange von einem Sergeanten notdürftig bewacht worden war, nicht von der Stelle will, erklärt er: „Zwar ist sie vom Irrsinne völlig befreyet, allein sie hat noch eine Art von Schwäche im Kopf, welches aber durch Aufmunterung und freye Luft zu heben in besserer Gesellschaft und Lebensart alle Hoffnung vorhanden ist, hingegen hier in diesem t r a u r i g e n Aufenthalte w i e g e w ö h n l i c h i n e i n e v o l l k o m m e n u n h e i l b a r e M e l a n c h o l i e a u s a r t e n w ü r d e."

Als ein im Dienste ergrauter Zuchthausknecht einen entwichenen Wahnsinnigen festnimmt, erklärt er bei der Vernehmung, seiner Ansicht

nach sei jener auf unbestimmte Zeit zum Zuchthause kondemniert, während der Entwichene wehmütig klagte, wie seine Erkenntnis laute, wisse er nicht, er habe aber schon 11 Jahre gesessen.

Daß ein Kranker es „ein Haus der Schande, der Wut und des Blödsinns" nennt, braucht nicht zu verwundern.

Was die innere Einrichtung der Anstalt anbetrifft, so muß ich im allgemeinen auf meine erste Schilderung verweisen. Merkwürdigerweise gelangt von den unangenehmeren Methoden der Anstaltbehandlung und den weniger anmutigen Anstalträumen sehr wenig in die Akten, obgleich gelegentlich berichtet wird, daß der Tollgang mit seinen vielen Kojen immer voll besetzt sei.

Einmal nur wird erzählt, daß der Wahnsinn so heftig wurde, daß der Betreffende in Ketten gelegt werden mußte. Tietje hatte die größte Zeit im Gefängnisse ganz nackt gelegen. Auch Eberwein, der an notorischem Unsinn litt und so bis zur Raserey wahnsinnig war, daß er seinen Bruder angriff, mußte Jahre lang in der Tollkoje eingesperrt werden: „Denn er hat durch einen gedoppelten intendierten Brudermord seinen kläglichen Charakter schauderhaft gemacht und sich billig um die Freiheit gebracht, auch verdenkt er es der Obrigkeit, daß sie ihn hindert, seine Hände mit unschuldigem Blute zu besudeln und seinen Namen scheuslich zu machen.

Häufiger wird berichtet, daß die ruhigeren Kranken auf eine kleine sogenannte Separatstube gelegt wurden, auf der sich nur wenige inhaftierte Frauenspersonen befanden.

„Wiewohl wir sie auf die glimpflichste Weise behandeln, macht sie denen Vernünftigen, die mit ihr auf der separaten Stube sitzen und welchen wir solche anvertrauet, oft viele Last und Mühe."

Mehrfach ist auch von der kleinen Krankenstube die Rede, die zur Unterbringung körperlicher Kranken bestimmt war, in der aber auch ruhigere Geisteskranke ihre vorläufige Unterkunft fanden. Öfters erwähnt wird auch die Stube Nr. 9, auf der sich ruhige Wahnsinnige und auf kurze Zeit Kondemnierte befinden. Noch häufiger kommen bei den Honoratioren die besseren Zimmer zur Sprache. Die acht Zimmer im neuen Flügel, in denen die vornehme und vermögende Männerwelt ihre Zwangsheimat fand, waren 1791 alle besetzt, und man mußte seine Zuflucht zu einem der acht Zimmer im neuen Ausbau nehmen, obgleich diese nur für Frauen bestimmt waren.

Waren die Zimmer leer, so ließ man auch Leute dort wohnen, die kein offizielles Anrecht darauf hatten. So wurde einem Maniakus, der früher

in einer Koje des kurtzen Tollganges aufbewahret worden war, später ein lediges Zimmer auf dem neuen Flügel ad interim eingeräumet, zumalen es ohne inconvenientzen des Hauses geschehen konnte.

Eine derartige Bevorzugung gönnte man Kranken, die einst bessere Tage gesehen, und deren schmaler Geldbeutel die Genüsse nicht ganz auskosten ließ, die die Anstalt zu bieten imstande war. Gern erwirkte der liberale Zuchthauskommissarius bei der Regierung ein solches soulagement für derartige würdige Leute.

„Bei einer „besseren Demoiselle“ würde die Hoffnung auf Genesung sehr gemindert, wenn sie beständig unter dem Haufen der mehreren Internierten sich befinden und mit der gemeinen und ihrer völlig ungewohnten Zuchthauskost behelfen müßte.“ Beweglich schildert er die Leiden eines Kandidaten der Theologie: „ich ließ ihn auf ein Zimmer bringen, allwo nur wenige und ordentliche Leute waren und in der untersten Verpflegungsklasse, wie alle Inhaftierten, worunter er sehr zu leiden scheint und welches mich sehr zum Mitleid reizt.“ Noch schlimmer war es natürlich bei solchen, die im Anfange die bessere Verpflegung genossen hatten, und denen nachher das Geld ausgegangen war, so daß sie „nun auf die geringste und gemeinste Art gehalten wurden, wobei sie nicht wohl subsistieren konnten.“ Was Wunder, wenn ein solcher Degradierter „die ihm verabreichte Habergrützen nicht essen mag und sie verschüttet, weshalb ihm auch der Speisemeister aus Mitleiden bisher noch immer das bessere Essen gegeben hat.“

Wie bessere Kranke bevorzugt wurden, erhellt daraus, daß eine Chanoinesse nachts im verschlossenen Wagen nebst ihrer Wärterin unter sicherer Begleitung eingeliefert wurde.

Daß eine solche Bevorzugung parteiisch war und häufig nur erfolgte, weil der Betreffende gute „Beziehungen“ hatte, wird dadurch illustriert, daß von zwei Brüdern der eine auf dem neuen Flügel sich an der zweiten Verpflegungsverbesserung delektieren konnte, während der andere „ganz auf gemeinem Fuße“ unterhalten wurde.

Daß „bessere Leute“ von ihren Hausärzten an den Zuchthausarzt besondere Empfehlungen mitbekamen, ist selbstverständlich. Auch die Regierung ordnete mehrfach an, „daß er dem Zuchthaußarzte besonders zu empfehlen sey.“

Über die Einrichtung der Zimmer ist nur wenig zu erzählen. Obgleich nach der Zuchthausordnung die Betten von der Anstalt gestellt werden mußten, wird ziemlich häufig den Verwandten angeraten, „sie sollten sein Bettgerät, doch ohne Bettstelle, anhero schicken, weil es dem armen Menschen doch wohl zu gönnen sei, daß er



sich seiner Betten bediene, statt auf dem Stroh zu liegen.“ Auch Servietten und Handtücher mußten mitgebracht werden.

Während über die Teilnahme am Gottesdienste nichts gesagt wird, was nicht in der Zuchthausordnung stände, ist von dem Gartendienste wiederholt die Rede. Die Kranken kamen regelmäßig in den Zucht- oder Tobhof. Besonders widerspenstige Kranke waren manchmal weder in die Kirche, noch auf den dazu bestimmten Spazierplatz zu bringen.

Eine Kranke, natürlich eine Dame, hat von 1786 bis 1791 ihr Zimmer nicht verlassen, um auf dem dazu bestimmten Recreationsplatz frische Luft zu schöpfen.

Bei der Verpflegung, auf die noch weiter zurückzukommen sein wird, huldigte man dem Prinzip, wie es Dr. *Heine* 1798 in einem Gutachten niederlegte.

Obgleich im ganzen genommen den Maniacis magere Kost zuträglicher ist, als die fein präparierten nahrhaften Speisen, manchen Kranken dieser Art es auch völlig gleich ist, welche von beiden Gattungen ihnen gereicht wird, so macht jedoch meines Erachtens der Wahnsinns halber im hiesigen Irrenhaus befindliche E. hierin eine Ausnahme; weil 1. derselbe, so verblödet er auch in anderer Hinsicht ist, die besser zubereiteten Speisen von den schlechteren sehr wohl zu unterscheiden weiß und letztere zurückstößt, 2. aber auch überdem ausgezehrt, schwach ist und daher schon aus diesem Grunde zur Erhaltung seiner noch wenigen Lebenskräfte etwas bessere und nahrhaftere Speisen bedarf.

Mein unvorgreiflich untertäniger Vorschlag geht demnach dahin: Obenerwähnten E., solange es sein entkräfteter Zustand des Körpers erfordert, den ferneren Genuß der 1. Alimentationsverbesserung zukommen zu lassen, sowie aber auch im Gegenteil bei Zunahme seiner Kräfte darauf geachtet werden müsse, denselben wieder an eine einförmige, magere Kost nach und nach zu gewöhnen.

Bei unruhigen und gelähmten Kranken wurde das Essen geschnitten. Auf die Arbeit, die so den Wärtern erwuchs, wird meist mit demselben Verdrusse hingewiesen, mit dem notiert wird, daß die Kranken sich oft „beunreinigten“ und gesäubert werden mußten.

Wie das Leben der Kranken, denen eine Verpflegungsverbesserung gegönnt war, eine Kette von Genüssen sein mußte, läßt der Brief des Kommissarius erkennen, den er an den Bruder einer Kranken richtete. Dieser hatte angefragt, wie es ihr ginge, da zwei Damen in Celle die Situation seiner Schwester als abscheulich zu schildern sich erfrechten, jedenfalls weil sie selbst durch das ansehnliche Kostgeld gerne ihren dürftigen Umständen aufgeholfen hätten. Zum Schlusse wandte der



Komissar dieselbe Methode an, zu der auch wir greifen, wenn mißgünstige Menschen den Einzelheiten der Anstaltbehandlung keinen vollen Geschmack abgewinnen können:

„Ew. p. p. ist es so gut als einem jeden in der Stadt bekannt, daß vielleicht in der ganzen Welt kein Institut ist, in welchem die Leute nach Verhältnis ihrer Pension so gut als im hiesigen Zuchthause gehalten werden. Dem ungeachtet ist auch erweislich, daß, weil einem jeden der Zugang in dasselbe verstattet ist, sich unter den Augenzeugen eben so viele Tadler als Lobredner finden, je nachdem eines jeden Verstand und Herz beschaffen ist.

Es kann daher einem jeden, der mit den Einwohnern dieses Hauses zu tun hat, sehr gleichgültig sein, wenn dieses und jenes in der Einrichtung keinen Beifall findet, weil diese ungünstigen Urteile durch die günstigeren, vernünftiger und einsichtsvoller Personen weit überwogen werden.

Ich überlasse es nun Ew. pp. Entscheidung, die Briefstellerinnen der angebogenen Briefe zu klassifizieren und antworte ihnen auf das so traurig scheinende Schicksal der Fräulein v. P. nur dieses, daß ich überzeugt bin, eine jede derselben werde gern einen Tausch mit ihr eingehen und es sich gefallen lassen, wenn sie täglich zum Frühstück einen guten Kaffee nebst einem Butterbrote von dem schönsten Brote, Mittags eine Suppe, Gemüse und Fleisch nebst einer halben Boutteille guten Franzwein, des Nachmittags Kaffee und abends ein Butterbrot nebst täglichem guten Biere zum Getränke und überdies wöchentlich einen Rthlr. zu eigener Disposition erhielten, dabei ein gut geheiztes Zimmer bewohnten, in Kleidung und Wäsche wohl gehalten würden, die Erlaubnis hätten, wenn sie nämlich rein gekleidet wären, unter Begleitung ihrer Aufwärterin zu jeder Tageszeit spazieren zu gehen, ihr Schicksal mit dem der Fäulein v. P. gern zu teilen.

Daß aber das Fräulein v. P. die Glückseligkeit, die sie in ihrer Lage genießen könnte, nicht genießt, gebe ich gern zu.

Ihr Bette ist ihr täglicher Aufenthalt und dient ihr, des Abtritts im Zimmer ungeachtet, zugleich zur Commodité; Pot de Chambre zum Brotschranke, worin sie ihre Butterbrote verwahret. Ein Kleid, das sie heute bekömmt, ist morgen nicht kenntlich, weil sie sich damit zu Bette legt und welches sie so wenig als Hemde und Strümpfe ausziehen mag, wofern es ihr nicht mit Gewalt ausgezogen wird. Das Bette würde in Zeit von 8 Tagen unter ihr verfaulen, wenn es ihr nicht mit Gewalt weggenommen und getrocknet würde, wozu sich aber in der Folge niemand mehr gebrauchen lassen will. Ihr unzüchtiges Betragen gegen Mannspersonen will ich übergehen, weil die Briefstellerinnen dasselbe vielleicht für Galanterie ausgeben, sondern nur dieses hinzusetzen, daß sich ein jeder in und am Zuchthause glücklich schätzen wird, wenn die erwähnten Damens das Fräulein v. P. zu sich nehmen und das Haus von der unangenehmen Athmosphäre ihres Zimmers befreien wollen.



Näheres über das Wesen der ersten Alimentationsverbesserung teilt uns ein Bericht des Zuchthauskommissarius mit:

Die Speisen, welche von dem Speisemeister bei der 1. Alimentationsverbesserung wöchentlich zweymal verabreichet werden, bestehen nicht in fein präparierten, vorzüglich nahrhaften Gerichten, sondern nur darin, daß die Inhaftierten statt der sonst gewöhnlichen Habergrütze an diesen Tagen Suppe, Gemüse und etwas Rind-, Kalb- oder Hammelfleisch erhalten, weil sie an den beyden andern Fleischtagen in der Woche mehrenteils Schweinefleisch bekommen, welche Änderung in der Speise dann den armen Leuten sehr angenehm ist und auch die Wahnsinnigen haben gewöhnlich nicht so sehr allen Geschmack verlohren, daß sie dieses Essen nicht der Habergrütze vorziehen sollten.

Bei der zweiten Verpflegungsverbesserung gab es morgens und abends ein Butterbrot, mittags Suppe, Gemüse, Fleisch, klares Brot und täglich ein Quartier Rotbier, ingleichen ein Bette nebst Bettüchern und freie Wäsche. Obgleich manche Kranke übrig gebliebenes Essen sich in Kasten aufbewahrten, was gerade so verpönt war wie heute, scheint die Quantität doch nicht immer ausgereicht zu haben. Wenigstens wird öfters über das Abendessen geklagt.

„Des Abends bekömmt er nach dem ihm angewiesenen Verpflegungsfuß nichts weiter als ein Butterbrot von $^1/_2$ Pfund klarem Brot, welches ihm nicht hinreichend ist und wozu er immer noch Fleisch oder dergl. begehrt. Die Frau Mutter schrieben mir neulich, ich sollte ihm alle Abend für 1 ngr. Fleisch dazu geben lassen, weil ich aber eben bei der Königl. Kommission darum wie auch wegen Taschengeld, welches ihm zu kleinen Bedürfnissen gewiß angenehm sein wird, angefragt hatte, so habe ich damit in Erwartung der Antwort bis jetzt noch Anstand genommen, ob ihm gleich hin und wieder etwas fourniert worden."

Neben sonstigen kleinen Verbesserungen gab man Wein, über dessen Quanta die Temperenz die Hände über dem Kopfe zusammenschlagen würde, und das Erforderliche für Schnupftabak her, wenn es dabei auch einmal heißt: „da es ihm gleich ist, was er schnupft, so bitte ich, dazu eine schlechte, wohlfeile Sorte zu wählen."

„Da Einsamkeit und Langeweile das Unerträglichste sind", so wurde eine weitgehende Korrespondenz gestattet, wie auch der briefliche Verkehr mit der Anstaltdirektion in gutem Schwunge war. Bei der Absendung der Briefe scheint man sich dieselben Grenzen gezogen zu haben, wie das eine weise und umsichtige Anstaltdirektion jetzt oft blutenden Herzens tut. So zeigen uns zahlreiche

Briefe in den Akten, daß die paranoischen und querulatorischen Gemüter sich genau so auszudrücken beliebten wie heutzutage, und daß die Unterstreichungen nicht erst jetzt erfunden sind. Auch damals wurde von manchen Kranken alles Papier, dessen sie habhaft werden konnten, vollgeschrieben, um nachher die Akten zu füllen.

Einmal bestimmt der Bruder eines Kranken, daß dessen Briefe an seine Adresse geschickt werden sollten, damit seine Mutter an Glauben bleiben solle, er sei in die weite Welt gegangen.

Den Segen der Arbeit schätzte man auch in Celle. Soweit es im Rahmen der Anstalt möglich war, wurde ein jeder nach dem Maße seiner Leistungfähigkeit dazu herangezogen. Besonders beliebt waren Spinnen und Knütten. Daß die häuslichen Arbeiten fast ganz von den Kranken verrichtet wurden, war selbstverständlich. Durch sie gelangten genesene und harmlosere Kranken zu einer Bewegungsfreiheit, die man in einem Zuchthause nicht erwartet. Besonders beliebt war die Arbeit bei dem Materialienschreiber, schon deshalb, weil er sie mit barem Gelde belohnte, über das die Kranken nach eigenem Belieben verfügten. Bei der Verordnung der Arbeit wirkte häufig der Arzt mit.

So veranlaßte Dr. *Heine*, daß ein Kranker mit einer sehr starken Leibeskonstitution bei dem Materialienschreiber sich beschäftigen durfte, „der versprochen habe, ihn mit Holzspalten zu amüsieren.“ Daß das Holz für den Herrn Zuchthausmedikus selbst gespalten werden sollte, tut der Zweckmäßigkeit dieser Verordnung keinen Abbruch.

In diesem idyllischen Betriebe mußten die Anstaltfaktotums gedeihen. So wirkte von 1764 bis 1794 „der alte Pfau“ beim Speisenmeister mit, der viele Freiheiten hatte und sehr gut behandelt wurde. Für den idyllischen Charakter der Anstalt sprechen auch die Spitznamen, von denen bei manchen Kranken der richtige Name ganz erdrückt wurde, wie z. B. bei der Feueragnes, die also wegen ihrer „Unbekümmertheit um das Feuer“ benamst wurde.

Einen weiteren Fortschritt in der Besserung bedeutete es, wenn ein Kranker für seinen eigenen Verdienst nach außen hin arbeiten durfte. So hatte der Exsäufer Oberg im Zuchthause eine Schusterwerkstätte. In weiteren Stadien durften sie selbst in die Stadt gehen, um sich das Nötige zu kaufen, oder wurden zum Ausschicken gebraucht, bis sie zur Krönung der gelungenen Kur freien Ausgang erhielten. Diese Freiheit wurde gelegentlich mißbraucht.

So entfleuchte ein paranoischer Advokat nach Braunschweig, wo er aber bald verhaftet wurde, weil er Geld unter das Volk warf, was schon in jenen Zeiten als etwas Seltsames und Ungewöhnliches erschien. Ludowieg hatte 2½ Jahre lang freien Ausgang gehabt, um im Rechnen und der französischen Sprache Unterricht zu geben. Als er sich einmal betrank und auf der Straße umfiel, denunzierten dies die Einwohner Celles, die diese Anstaltfavoriten sehr genau kannten. Man glaubte ihm nicht die seichte Entschuldigung, daß die Straße so glatt gewesen sei, und entzog ihm den Ausgang. Bei dem Pastor Alving fragte man erst bei der Regierung an, ob er seine Verwandten regelmäßig besuchen und seinen Unterhalt durch wissenschaftliche Arbeiten erwerben dürfe. Es wurde genehmigt, doch mußte genau auf das Befinden dieses Mannes geachtet werden. Nachdem er elf Jahre im Zuchthause gehaust hatte, bewarb er sich um die vakante Rektorstelle in Burgdorf. Als er zur Probe predigen und katechisieren sollte, verlor er den Mut, weil er die Schwäche seiner Seelenkräfte empfand. Als er sich ein Jahr später um eine Lehrerstelle in Osterode bewarb, schrieb der Zuchthausinspektor heimlich an den Magistrat, man möge ihm doch mitteilen, daß über die Stelle schon anderweitig disponiert wäre, um ihn nicht zu kränken. „Diese Resolution bitte ich mir durch ein Couvert gefällig zugehen zu lassen und bin versichert, er wird dadurch beruhiget werden."

Schlechter erging es einem Advokaten, der den Obristen eines preußischen Regiments in Bielefeld gebeten hatte, ihn in sein Regiment einzustellen. In derbem Preußenstile antwortete der rauhe Krieger:

„Zuschrift vom 31. Mai 1786 habe erhalten und erwidere darauf, daß Sie kein Subject für Königlich Preußische Militärdienste sind. Denn Jemand aus der Gefangenschaft zu nehmen, ist für meinen König zu klein; ihre Jahre sind auch Hindernisse, die Ihnen auf immer die Annahme in unseren Truppen versagen. Auch überdem geben wir uns nie mit Advokaten ab."

Ziemlich selten wurde der Friede der Anstalt durch aufregende Ereignisse gestört. Am häufigsten kamen noch die Entweichungen vor.

„Bei den rekonvaleszierenden und der Freiheit genießenden Wahnsinnigen ist eine Entweichung nicht zu verhindern und ein sich gar nicht selten darstellendes Ereignis", meinte 1792 der Zuchthauskommissarius und zählte eine Menge von Beispielen auf.

Auf die freie Behandlung der Wahnsinnigen wirft das ein sehr günstiges Licht, für die Anstaltverwaltung blieb es ein ärgerliches Ereignis, zumal die Regierung die Sache immer sehr ernst nahm und nie auf die Erklärung der Sache zu verzichten geruhte. Meist eilten die Flüchtlinge, die in der Anstalt mit Arbeiten beschäftigt worden




waren, nach Hause, einmal ging ein entwichener Wahnsinniger nach Hannover, um den Herzog von Cambridge für seine Sache zu interessieren, ein Anderer wandte sich an einen Advokaten, um seine Fortlassung zu sollizitieren.

Einmal kniff ein Kranker aus, als der Arzt ihn wegen eventueller Entlassung zur näheren Beobachtung in seine Wohnung hatte kommen lassen, „wo er dann Holz hacken und dergleichen häusliche Verrichtungen getreulich bis zum Abend vornahm."

Die Zuchthausdirektion nahm die Sache meist nicht allzu tragisch, nur bei der Margarethe Pröhl, bei der man schon die Entlassung intendiert hatte, „verdroß sie bei diesen guten Absichten diese boshafte Entweichung umsomehr".

War das Unglück geschehen, dann wurden sofort die umliegenden Amtsvogteien benachrichtigt. Man gab ein Signalement mit, man bat, auf den Menschen genau achten zu lassen und ihn im Betretungsfalle anhero zurückzusenden. Und man versprach, was von ausschlaggebender Wichtigkeit war, die Transportkosten sollten sofort berichtigt werden. Mittlerweile hatte man, je nach der Stärke des Flüchtlings, ihm einen oder zwei Zuchtknechte nachgesandt, denen man meist eine Legitimation mitgab:

„Vorzeiger dieses ist beauftragt worden, einen stummen Menschen, etwa 35 Jahr, der als ein Wahnsinniger am 3. d. Mts. aus der Arbeit allhier entwichen ist, wieder anhero zu bringen und ersuche ich diesem Menschen alle Hilfe angedeihen zu lassen und wenn ja der stumme Mensch nicht mit demselben gehen will, noch einen Menschen mit zu geben."

In diesem Falle hatte das nur den Erfolg, daß ein Fährmann darunter schrieb:

„Vorzeiger dieses ist heute hier vor der Fähre gewesen, um den taubstummen Menschen nachzusuchen, ist aber hier nicht übergefahren, solches kann ich auf Verlangen bezeugen."

Dann lautete der betrübte Vermerk des Zuchthauskommissarius:

„Der Mensch hat sich die Füße kurz und klein gegangen und versichert, daß er dem Stummen lange auf vielen Dörfern nachgeforscht, endlich aber seine Spur ganz verloren habe."

Meist wurden die Zuchtknechte auf der hannoverschen und braunschweigischen Chaussee abgesandt, manchmal auch mehrere Tage lang. Nicht selten mußten die Nachforschungen eingestellt werden, weil sie „referierten, sie hätten nichts nachspüren können". Hatten sie ihren Zweck erreicht, dann plante man, ihnen für die Festnahme „eine Belohnung zu reichen". Nur war man sich meist nicht

darüber im Reinen, „wer dieses Douceur stehen solle", die Anstalt, deren Nachlässigkeit die Entweichung zur Last fiel, oder das Amt, dem der Flüchtling angehörte.

Hatte man ihn wieder erwischt, dann mußte ja das „Zuchthaus zuerst des Beyspiels wegen die Zurücklieferung wünschen". Doch fürchtete man auch, die Zurückführung möchte auf seine Gesundheit einen nachteiligen Einfluß ausüben." Und so kam man — gerade wie heutzutage — auch bei Kranken, bei denen man sonst nicht an die Entlassung gedacht hätte, sobald man durch die Entweichung vor ein fait accompli gestellt war und die Verwandten guten Willen bezeigten, doch meist zu dem Entschlusse, es wieder einmal mit ihm draußen zu versuchen.

Als 1786 ein Stallknecht zur Zuchthausküche ging, um sich Bedürfnisse zu holen, fand er Gelegenheit, ohnbemerkt des Zuchtknechtes, der es eben mit mehreren Gefangenen zu tun gehabt, zu entweichen. „Da zu vermuten stand, daß er bey seinen Verwandten sey, wurden die Amtsvoigte aufgefordert, ihn auszukundschaften: „falls er irgendwo betroffen werde, solle er durch hinlängliche Bewachung hinwiederum in das Zuchthauß zurückgeliefert werden." Da sich schließlich in einem Briefe „bei dem Maniako rührende Spuren einer einstweilen aufblickenden Gemütsverminderung fanden," bat man den Gografen, er möge sich bei den Verwandten, bei denen er umherirrete, erkundigen, ob sie sich seiner annehmen wollten. „Damit die brüderliche Liebe nicht zu schnell erkalte", beantragte die Zuchthausverwaltung, den Beiden die Zuchthausunterhaltungskosten zukommen zu lassen.

Der Landphysikus Dr. *Taube* meinte, „eine Entwöhnung seiner Phantasie und Albernheit könne in dem steten Umgange mit den Seinigen, mit der Zeit und durch die Ortsveränderung erlöschen". Darauf war die Regierung mit seiner Entlassung einverstanden, doch mußte er durch die Beamten beaufsichtigt werden. „Solange die Probezeit dauert, bleibt er ein wirklicher Züchtling."

„In kavaliermäßiger Weise" entwich der Reiter Meinecke, „dem man zu mehrerer Beförderung seiner Gesundheit und selbst auf Anrathen des Arztes zum öfteren Genuße der freyen Luft einige Freyheit gestattet hatte."

Er erschien zu Pferde bei seiner Kompanie im Lager bei Hannover. Der Hauptmann schrieb, er werde ihn sorgfältig beobachten lassen und entweder in die Kaserne oder brevi manu nach Celle zurückbringen lassen. Und dabei ließ es die Zuchthausverwaltung bewenden und freute sich noch, daß die ausgeübte Kur so gut bei ihm angeschlagen sei.

Der Regierung gegenüber blieb, wie gesagt, die Stellung der Anstaltdirektion sehr diffizil.

„Wir haben in dem Augenblicke nicht ermangelt, ihn aufsuchen zu lassen und setzen die Bemühung auch jetzt pflichtschuldigst fort und melden den Vorfall unter der ehrerbietigen Bemerkung submissest, daß bei der zeitherigen (1786) Anhäufung so vieler Gefangener und bei der Einschränkung derer nur aus zwey Zuchtknechte bestehenden Unter-Aufsicht, wobey noch deren einer seit kurzem krank und ohnehin schon abgelebt ist, dergleichen Fälle bei aller möglichen Aufsicht ohne Vermehrung der Zuchtknechte nicht zu verhüten seyn werden."

Man sieht, der Wärtermangel schlug schon damals seine Wellen, und ebenso verteidigte man sein Unterpersonal der vorgesetzten Behörde gegenüber, solange es irgendwie anging. Bei den oben angedeuteten Qualitäten des Aufsichtpersonals versteht man auch, daß bei einer solchen Gelegenheit der Schuldige als entschuldigt galt, weil „das schnelle Laufen des Kranken ihn sofort seinen Augen entzogen hatte". Gewöhnlich beantragte die Direktion nur, „es gnädigst bey einer Ermahnung bewenden zu lassen, künftig behutsamer und vorsichtiger zu seyn, weil sie sich sonst herber Ahndung aussetzen würden." Und gewöhnlich blieb es auch dabey, und eine hohe Regierung verlangte nur, man solle solche Anordnungen machen, daß der Wahnsinnige sothenem Gewahrsame nicht entlauffen könne."

Nicht immer ging es so glimpflich ab:

„Wir erwarten einen näheren Bericht, welche Gründe den Herrn Zuchthausvorsteher veranlaßt haben, den Vorfall, wie sich gebührt hätte, zur Anzeige zu bringen. Es bleibt ihnen unverhalten, daß jede Entweichung sofort brieflich anhero zur Anzeige zu bringen ist. Ihr habt auch Maßregeln zu treffen, daß eine Entweichung eines Subjectes nicht mehr eintreten kann."

Wehmütig antwortete der Zuchthausdirektor:

„Es muß uns natürlich sehr unangenehm sein, Ew. Exzellenz abermals die Entweichung eines Menschen, des am 22. April 1794 von dem alten Amte Hoya hergesandten Taubstummen aus der Arbeit bei dem Hofmedico und Zuchthausarzte Heine anzuzeigen. Ist er gleich schon den 3. d. M. entwichen, so sind doch gleich alle Vorkehrungen getroffen, um seiner wieder habhaft zu werden. Die Hoffnung, daß dieser Mensch von selbst wieder zurückkehren oder sehr bald aufgegriffen werden würde, hat uns veranlaßt, mit der unangenehmen Anzeige Anstand zu nehmen. Diese Hoffnung schwindet aber allmählig, da wir uns überzeugen, daß man ihn, solange er noch etwas Geld bei sich hat, nicht anhalten wird und da wir aus der Eile, mit der er seine Reise macht, vermuten, daß er nach seiner Heimat eile, die uns zwar unbekannt, jedoch wahrscheinlich ein Land ist, wo die katholische Religion die herrschende ist.



Die Entweichung dieses Menschen ist uns sehr unerwartet. Er war nur taubstumm, konnte weder zu den Wahnsinnigen noch zu den Züchtlingen gezählt werden, mithin auch nur als ein Kranker, oder eigentlich als ein Mensch, den man unterhalten wollte, behandelt werden. *Nun ist aber das Zucht- und Irrenhaus kein Institut für Taubstumme* und die Aufnahme eines solchen Menschen muß die Ordnung eines *Zuchthauses* sowohl als die eines *Irrenhauses* alterieren. Diesen Taubstummen immer als einen Züchtling einzusperren würde sehr hart gewesen sein, da dieses nicht nur seiner Gesundheit nachteilig, sondern auch seinem *Leben gefährlich* geworden sein würde. Deshalb ist er vor längerer Zeit schon dem Speisemeister in Arbeit gegeben worden. Später war es eine sehr gute Gelegenheit, ihn zu beschäftigen, als der Hofmedikus und Zuchthausarzt Heine bauen ließ. *Hier hat er 30 Wochen fleißig gearbeitet*, aber leider seinen Verdienst dazu benutzt, zu entweichen und sich auf seiner Reise durchzuhelfen.

Für ein Unglück für das Land können wir es nicht halten, wenn er nach seiner Heimat zurückfindet und *keine Unterhaltungskosten mehr veranlaßt*.

Unangenehm bleibt uns und dem Arzt die *Entweichung* zwar immer, weil sie *heimlich* geschehen ist, indessen läßt es sich überall nicht vermeiden, daß ein Mensch, der weder wahnsinnig noch Züchtling ist, nicht einmal, *nachdem er die Menschen sicher gemacht hat*, entweicht. Nicht sowohl dieser als vielmehr der traurige Vorfall mit der Entweichung des Bemdte wird uns veranlassen, in einem besonderen Berichte unsere Ansichten über *das Ausgehen einiger Menschen* anzuzeigen, da ein allgemeines Verbot und auch manche Einschränkung von den allernachteiligsten Folgen sein würde. Je weniger uns es gleichgültig ist, wenn ein Inhaftierter entweicht, je genauer werden wir die Mittel, solches zu verhüten, erwägen, dabei aber die höheren Zwecke nicht vergessen.

Der Vermerk der hohen Behörde erscheint erklärlich, wenn man an anderer Stelle sieht, daß die Zuchthausdirektion anscheinend die verwerfliche Neigung hatte, über unangenehme Anstaltereignisse den wohltätigen Schleier des Geheimnisses zu ziehen. Bei den etwas kitzlichen Berichten, die auf diese Weise exzitiert wurden, weigerten sich manchmal Zuchthausinspektor und Zuchthauskommissarius gemeinsam zu unterschreiben, sagten sich in den Akten in den gewähltesten Formen die niedlichsten Grobheiten und schickten *gesonderte Berichte* ab.

So war es der Regierung sehr unangenehm gewesen, als sie hinterher erfuhr, daß ein Idiot, den man zum Wasserholen an die Aller geschickt hatte, ertrunken war. Sie verlangte ein Gutachten des Zuchthausarztes



über die medizinische Seite der Sache, sie drängte darauf, daß die Aufsicht verschärft würde, sie betonte in herber Weise, daß es nicht von dem Ermessen des Zuchthausvorstehers abhänge, daß die Untersuchung eines an sich sehr auffallenden Vorfalles für niedergeschlagen erklärt würde. Wieder entschuldigt sich die reuevolle und sich doch nur mäßiger Schuld bewußte Zuchthausverwaltung damit, daß das ganze Personal der Bedienten nicht die spezielle Aufsicht erlaube. Man habe angeordnet, daß zur Verhütung ähnlicher unglücklicher Vorfälle die Wahnsinnigen nicht zur Aller gesandt werden sollten; sie stellte die getroffenen Maßnahmen ins hellste Licht. Im übrigen aber entschuldigte sie sich mit der Verfassung, in der sich die ganze Anstalt befand:

„So unangenehm uns der ganze Vorfall ist und sowenig leichtsinnig wir darüber denken, so halten wir uns doch überzeugt, daß ohne eine gänzliche mit vielen Kosten verbundene Veränderung der ganzen Anstalt, deren Notwendigkeit sich immer mehr und mehr dartun wird, ähnlichen Vorfällen nicht wird vorbeugen lassen. Die Zeitumstände waren aber seit 3 Jahren nicht von der Art, daß wir deshalb Vorschläge zu tun und erlauben durften, sondern uns nur bemühen mußten, das, was bei einer viel zu geringen Anzahl von Unterbedienten, die überdem schlecht besoldet und zum Teil alt und schwächlich sind und für deren Alter nicht gesorgt ist und bei der höchst zweckwidrigen Verbindung des Irrenhauses mit dem Zuchthause möglich ist, zu bewirken. Selbst der Zuchtknecht Brotelmann gehört zu denen, die jetzt fast immer trinken.

Bei einer ähnlichen Gelegenheit war schon am 24. September 1781 ein Ausschreiben der Regierung ergangen, „man solle auf Reden achten, welche zu gefährlichen Aussichten Anlaß gäben."

Unter sonstigen Ereignissen, die den Frieden der Anstalt störten, ist ein Anstaltdiebstahl zu erwähnen.

Einem Epileptiker wurde immer in den Anfällen der lederne Leibgurt gelöst und bei dieser Gelegenheit einmal zwei Goldgulden, die er sich bei dem Speisemeister verdient hatte, entwendet. Die Untersuchung füllte die unvermeidliche Menge von Papier, sie zeigte auch die Gewissenhaftigkeit, mit der man die Glaubwürdigkeit der geisteskranken Zeugen zu werten suchte.

Ausgiebiger sind in der Anstaltschronik die Geburten vertreten. Ihnen sah man mit größter Seelenruhe entgegen, weilte doch in den Mauern des Zuchthauses eine „Bademutter", der die Pflege der körperlichen Kranken anvertraut war, und die sich der Leitung der Geburten widmete.

So wurde eine an einer Puerperalpsychose leidende Frau, die während der Geburt an eklamptischen Anfällen gelitten hatte, der Bademutter Schreibern zuerteilt. Bei einer andern Frau, die sich für schwanger



ausgab, „welches sich nicht entscheiden läßt,“ wurde bei der Aufnahme angeordnet, sie solle mit größter Schonung und Gelindigkeit behandelt werden.

Eine andere Dame, die mit ihrem 14. Jahre wahnsinnig geworden und vollständig geheilt worden war, so daß sie nur noch eine gewisse Blödsinnigkeit zeigte, hatte in ihrem wahnsinnigen Zustande 3 Kinder gezeuget. Im Dezember 1783 aufgenommen, präsentierte sie im Juni 1784 eine Schwangerschaft. „Die Bademutter setzte den Termin auf 4 Wochen fest.“ Die Zuchthausverwaltung bat um Belehrung, ob sie im gewöhnlichen Krankenzimmer niederkommen oder ob man ein besonderes Zimmer auf Kosten des Amtes oder ihres Ehemannes heizen lassen und zur Verhütung eines Unglückes einige Züchtlinginnen ihr zuordnen solle. Nachdem der Zuchthausarzt erklärt hatte, es liege durchaus im Interesse der Mutter, wenn das Kind bei ihr bleibe („Eine Trennung von ihrem Kinde würde ihren Wahnsinn in Wut verwandeln“), blieb es 6 Jahre im Zuchthaus, um dann in Pflege gegeben zu werden. Mit der Pflegerin wurde ein „wohlfeiler Akkord“ getroffen. „Da sie wegen der Schwächlichkeit außerordentliche Mühe mit ihm hatte,“ bekam sie monatlich 6 Reichstaler. Da dieser Satz als „die gewöhnlichen Kosten“ bezeichnet wird, scheint es, daß man öfters mit dieser Eventualität rechnen mußte.

Doch war man nicht immer konsequent in der Handhabung dieser Praxis.

Als 1799 die Ehefrau eines Feldwebels, die ein Kind an der Brust hatte, eingeliefert wurde, holte man ein Gutachten des Zuchthausarztes darüber ein, ob es ihr noch gelassen werden sollte. Obgleich sie bis jetzt zu ihm sehr mütterlich gewesen sei, meinte er, sei es doch in dieser Lage vielen Gefahren ausgesetzt, wo die Mutter von einem leicht möglichen Anfalle von Wut überrascht werde, in welch letzterem sie zu einer schrecklichen Behandlung ihres Säuglings verleitet werden könne. So laute sein unvorgreifliches Gutachten dahin, es von der Mutter zu trennen.

Den Kitt zwischen Wahnsinnigen und Züchtlingen stellten die degenerierten Söhne und Töchter dar, die es mit der Moral nicht zu genau nahmen und ihrer Familie Schande machten.

So brachte ein Kammerherr von altem Adel aus dem Osnabrückschen seine Tochter Luise zum Gewahrsame des Zuchthauses, „so lange es die zunehmende Anzahl der eigenen Züchtlinge gestatte“. Sie hatte zwei uneheliche Kinder geboren und sich durch viele leichtsinnige Auftritte ausgezeichnet. Die Besserungsanstalt in Bremen hatte sie nicht zur Besonnenheit bringen können. Erst hatte man versucht, sie in einem Nonnenkloster von besonders strenger Klausur unterzubringen, aber es fand sich nichts Paßliches. Ohne obrigkeitliche Anordnung, ohne richterliche Verfügung, ohne ärztliches Zeugnis bekam sie nur „wegen schlechten Wandels und unehelich erzeugter Kinder“ in



Celle ein besonderes Zimmer: dort sollte sie „unter strenger Aufsicht und in die Lage gesezzet werden, den Angriffen der Verführer zu widerstehen.“ Erst dann sollte sie entlassen werden, wenn sie in den Jahren sei, wo man keine ferneren Besorgnisse ihrer Ausschweifungen habe. Ruhig und fleißig, stets auf Entlassung drängend, lebte sie dahin, bis sie 48 Jahre alt geworden war und die Auszehrung bekommen hatte, die nach einer Äußerung des Arztes bei langjährigen Anstaltinsassen nichts Besonderes gewesen zu sein scheint. 1805 starb der Vater. Die freiheitlichen Regungen der Revolution waren mittlerweile auch in der Brust des Zuchthausinspektors erwacht. Als die Angehörigen sie auch jetzt nicht herausnehmen wollten, machte er die Regierung scharf. Sie bedeutete jene, Brüder und Schwäger hätten kein Recht, sie gefangen zu halten oder wider ihren Willen in ein Kloster mit strenger Klausur zu stecken. Umsonst bemerkte die Familie, jene könne durch einen Franzosen zu Fall kommen.

In der Regel führte der Weg unserer Wahnsinnigen allerdings nicht so direkt in die Anstalt. Meist kostete es die Angehörigen einen Entschluß, wenn sie ihre Kranken spezialärztlicher Behandlung überliefern wollten. Denn

„Man ist nicht versichert, ob die Abführung in das Zuchthauß seinen Zustand nicht verschlimmern wird, welches die Erfahrung lehren wird“ .... „Das Einsperren unter Blödsinnige und Wahnsinnige wäre zur Zeit eine viel zu weit gehende Vorschrift und das sicherste Mittel, um alle Hoffnung zur Genesung zu vernichten und sie jenen Unglücklichen, denen sie beygesellet werden soll, gleich zu machen.“ . . . „Eine Commission wird sich demnächst selbst überzeugen, daß für die Kranke schwerlich eine andere Bestimmung übrig bleibe als — — — — Celle.“

Man fürchtete, daß die Mitwelt diesen Schritt nicht billige, und so schreibt ein Sohn:

Auf „ihr Verlangen versichere ich auf Ehre und Gewissen, daß meine unglückliche Mutter völlig ihres Verstandes beraubt ist.“ Lieber wartete man bis zu dem äußersten Termine: „Ich will bis zu den Hundstagen warten, um zu sehen, ob noch was von ihrer miserablen Krankheit sich eräugnen würde.“ . . „Ich will sie“, resolvierte sich der Hausarzt, „noch einige Zeit observieren und mit Mitteln versehen, die Wissenschaft und Erfahrung an die Hand geben.“

Die häusliche Behandlung jener Tage sicherte sich noch mit ihren handfesteren Methoden auf lange Zeit eine Reihe von Kranken, die heute unweigerlich der Anstalt sofort verfallen gewesen wären. Genügten die Kräfte der Familie nicht, so war man gezwungen, sich Wachen zu nehmen, die manchmal recht viel auszustehen hatten



und beschimpft und im Gesicht beschädigt wurden. Wenn bei der eingetretenen helleren Zeit in Wiesen und Feldern die Wache nicht mehr geleistet werden konnte, requirierte das Amt die „Reuter", „zumal der Wahnsinnige vor diesen eine große Angst hatte." Nicht immer waren diese Wachen ideal.

„Ihre zänkische Gemütsart ermüdete die besten und sorgsamsten Wärter und Wachen am geschwindesten und entfernte sie von sich, und nur die schlechteren und gemeinsüchtigen Menschen, die für ein kleines Geschenk ihr in allen Stücken nachgaben, hielten bey ihr aus."

Selbst wenn diese Wachen von der Gemeinde umschichtig gestellt wurden, hatte man seine Schwierigkeiten, und der Bauermeister klagte: „Der Kerl hat so viel Force, daß kaum vier Kerls ihn halten können, und es will daher keiner bei ihm wachen."

Wurde es gar zu schlimm, so schuf man sich ein „verschlossenes Zimmer", indem man die Fenster mit Brettern vernagelte.

Sehr bedrängt war die Frau des Wahnsinnigen Vinx, der seiner Frau aufsätzig geworden war und sie mit einer in Händen habenden Schaufel zu ermorden suchte. Sie mußte alle Nacht aufstehen und auf der Diele Zaunpfähle einschlagen, um sich vor ihm zu schützen. Aber nur zu oft wurde man gezwungen, ihn anzulegen oder anzuschließen. Der Kranke zerriß bei Anfällen der Wut die ihm angelegten Kleider und Bandagen, dann sah man sich genötigt, ihm ein Schließgeschirr mit einem Bolzen anzulegen.

Der Musketier Schulze, der vom Wahne befallen ward, als seine Kompagnie nach Minorca einbarquiert wurde, wurde 7 Wochen in Ketten gelegt. Der Schutzjude Wolf hatte sein treues Eheweib ein Jahr lang in seiner Kammer angeschlossen. Wechselte die Intensität der Krankheit, so legte man die Ketten je nach Bedarf an. Ein Kranker bat dann selbst, ihn zu binden, damit er andern nicht schaden könne.

Besonders schwierig scheint es ein Collaborator gehabt zu haben. Er mußte im Hause eines Pastors wirken, der an einem Wahnsinn litt, der an Tollheit grenzte, und so im Hause herumfluchte, daß er Jedermann in Furcht und Schrecken setzete, den armen Collaborator mit dem Beile bedrohete, dazu Taback rauchte, und dessen Magen nicht nur zarte Kost, sondern auch allerley sich nicht zusammenpassende Speisen in großer Quantität zu sich nehmen konnte. „Zum Schlafengehen kann er nur durch Einsperren gezwungen werden. Auch bei Tage tobt er oft so, daß ich ihn einschließen mußte, um nicht in den Geschäften gestört zu werden. Der gewöhnliche Unfug, den er treibt, besteht in würcklichen Widersetzlichkeiten gegen mich, wobey er die pöbelhaftesten Fluch- und Scheltwörter mit fürchterlicher Stimme ausstößt . . . Als ich ihn auf die



gelindeste Art zur Ruhe brachte, schlug er mit der Axt nach mir, worauf ich ihm zum ersten Male mit dem Zuchthause drohte. Darauf gab er mir solche hämische Antworten, daß ich voll Erstaunen nicht wußte, ob Mangel der Vernunft oder Bosheit des Herzens mehr Antheil an dieser Raserei gehabt habe. Sonntag Cantate war er so ungestühm, daß er von einem Knechte mit Gewalt gebändigt werden mußte."

Der Kranke Egestorff riß sich los und rannte so lange mit der Kette um den Leib herum, bis er bei dem Vogelfänger Reinhard zu Westercelle ankam, der ihn aufbewahrte. „Ebenso entledigte sich Ahrens seiner Ketten, raste mit einer großen Stange in der Hand durch die Dörfer und verlangte aus den Häusern Essen, bis das Übel so überhand nahm, daß man ihn in eine Koje einsperren mußte."

Ohne die Unterbringung in einem Arrestlokale kam man eben sehr selten in der anstaltlosen Behandlung aus. Sie bildete auch fast ausnahmlos die Zwischenetappe zwischen Familie und Anstalt. Zu diesem Zwecke benutzte man alle Gelegenheiten, die sich darboten, die Gerichts- und Polizeigefängnisse, Stockhäuser, Spritzenhäuser, den Gewahrsam unter dem Rathause, im Pforthause, die alten Burg- und Schloßgefängnisse, kurzum jedes „Behältnis, in das man schicklicherweise einen solchen Maniacus setzen konnte." Das hatte manchmal seine Haken, da schon damals die Gefängnisse überfüllt waren. Unsere Maniaci wurden „in die Pforte gebracht", „obgleich der hiesige Gewahrsam bereits mit 6 Personen angefüllt war", mochte auch das ärztliche Gutachten immer einen anständigen Aufenthaltort fordern. Der Arzt fand nichts darin, daß „bei dem Eintritte in den unterirdischen Raum der Explorand mit anderen Verbrechern zusammensaß."

In der Regel hatte der Bauermeister ihn in Haft zu bringen; wagte er es nicht, so ließ man ein paar Landsoldaten kommen, um „seine Tücke zu brechen".

Da saßen sie nun bald kürzere, bald längere Zeit, bis sich ihnen das Zuchthaus erschloß, bis sie besser wurden, oder bis man sie aus dem Gewahrsam entließ, „da sie nicht sowohl wegen ihres Wahnsinns als vielmehr wegen ihrer Tollkühnheit und sehr unartigen Aufführung dorthin gesandt worden waren."

Weitere Zwangmaßregeln hat diese Unterbringung nicht zu verhüten vermocht, wenn die Kranken sich nicht so aufführten, wie es die hohe Obrigkeit für richtig hielt. Zur Vorsicht wurden sie im An-



fange mehrere Male visitiert, ob Messer oder sonst schädliche Instrumente bei ihnen zu finden seien.

Nicht immer ging es den Häftlingen so milde wie Hartmann, der die Marotte hatte, sich nackt an den Ofen zu setzen. Geschah dies, so wurde ihm jedesmal vom Pförtner die schriftlich aufgesetzte Drohung des Amtes vorgelesen: „Wenn er nicht im Bette bleibe und sich anständig betrage, so solle er ins Gefängnis geworfen werden.“

Ohne eine W a c h e kam man auch hier selten aus, deren Anordnung meist wieder dem Bauermeister auferlegt wurde, der sie „von der Reihe anordnete“.

Wenn der Kranke zu ungestüm wurde, und „wenn die schlechte Einrichtung des Gefängnisses es erforderte“, ließ er ihn binden und fesseln. Oft wurde er d a u e r n d „mit der Kette um dem einen Beine“ an die Wand angeschlossen, wenn er sich selbst schadete „und die ganze Nacht hinter dem Ofen stand, bis ihm die Füße schwollen“. Oder es geschah nur vorübergehend, wenn die Wache gezwungen war, ihn hart anzugreifen, Gewalt mit Gewalt zu vertreiben und ihn zu schließen, wenn er alles demolierte.

Die Inhaftierten benahmen sich eben selten in einwandfreier Weise: Nicht nur machte er „ein Getöne, als ob er einen halben Mond blase,“ auch drohte er, er „wolle aus der Wache einen Kerrel machen, der keinem Menschen was nütze,“ er „wolle diesen oder jenen totbeten und ihren Häußern Schabernacken antun.“ „In Gegenwarth seines Gefangennehmers und vieler Zuschauers führte er die infamsten Reden, welche diese Besagten alle eidlich erhärten wollen. Da nun eine solche Aussage sehr fürchterlich und fast schrecklich ist, so fühle ich (Pastor) mich schuldig, dies zu melden. Ein jedes Mitglied wünschet nichts mehr, als daß ein solches Ungehäuer in solchen Umständen nimmer ins Dorf kommen werde, denn das ganze Dorf könnte von einem solchen Bösewicht in Feuer ausgehen, ehe Jemand davon etwas erführe.“ Da mußten schließlich einige einquartierte Soldaten des hiesigen Regiments seiner bösgesinnten Absicht Grenzen setzen.

Daß solche Unholde „die Kösten und Schäden“ bezahlen mußten, war nicht mehr als recht und billig. Manchmal erfolgte die Anschließung auf ä r z t l i c h e A n o r d n u n g, oder der Pförtner bat erst bei dem Amte um U n t e r h a l t u n g s m a ß r e g e l n, ob er Wachen aufstellen und Schellen anlegen solle. Allzu glimpflich ging es dabei nicht zu.

Die Pröhl klagte inständig, der Pförtner in Fallingbostel „habe sie während des Arrestes äußerst schlecht begegnet, sie Hunger und Frost



leiden lassen und zuweilen übermäßig geprügelt.“ Ein gewisses Quantum Schläge schien sie also als zur Behandlung gehörig zu erachten. Dagegen erklärte ein Gerichtsvogt in den Akten ganz ruhig, „er habe, als der Freden sich unbändig anstellte, ihm einige Streiche mit der Peitsche etliche mahl gegeben, wonach er ruhiger worden sey.“

Sonst werden allerdings aus diesem Leben in der Haft manche Züge berichtet, die den Gedanken an ein fideles Gefängnis nicht so ganz ferne rücken. Manche Pförtner und Wächter waren von größter Milde erfüllt, und manche durchströmte ausgesprochen psychiatrischer Geist:

Als ein Kranker erklärte, er könne sich aus der Haft wegzaubern, versetzte der schlagfertige Vogt, das würde ihm nichts helfen, da er selber Zaubermeister sei. Worauf der Kranke sich fügte.

Zwar lagen sie meist auf der Streu. Dafür durften sie sich auch in den meisten Fällen, wenn sie dazu leistungfähig waren, das Essen von Hause kommen lassen.

Einmal verlangt der Bruder einer inhaftierten Kranken vom Amte eine Verfügung gegen den Ehemann, weil er kein Essen in das Gefangenenhaus gebracht habe.

Die Abstinenz zog nicht in diese Räume ein. Daß Bier verabfolgt wurde, wird mehrfach berichtet.

Ein Kranker beschwert sich, daß er nur für 4 Pfennig Branntwein täglich erhalte. Ein anderer Kranker, der regelmäßig Branntwein bekam, entwischte aus der Haft. Als der Vater ihn wiederbrachte, gab er ihm zunächst Schnaps, und der Sohn benutzte die Gelegenheit, die halbgefüllte Schnapsflasche dem treuen Träger seiner Heredität aus der Tasche zu stiebitzen. Am andern Morgen wurde er vom Wächter besinnunglos mit einer großen Kopfwunde neben dem Ofen gefunden.

Besseren und ruhigen Kranken gewährte man freien Ausgang oder ließ sie im Garten spazieren gehen, wobei sie ab und zu die Gelegenheit zum Auskneifen benutzten. Auch entzog man sie nicht ganz ihrer bisherigen Tätigkeit: es heißt öfters, daß ihnen das Handwerkzeug gelassen werden kann.

„Als bei der ersten Untersuchung Inquisit fragte, ob er allenfalls Schuh flicken könne, damit er Zeitvertreib habe, wurde ihm zurückgegeben, daß man sein Gesuch illustri collegio vortragen wolle.“

Besondere Schwierigkeiten bereiteten die Inhaftierungen weiblicher Personen, wenn sie noch in jüngeren Jahren waren.

Als Elisabeth Menzen, die eine Blödsinnigkeit besaß, bei der Menschenscheu herrschte und deren Seele schwach war, zum Stadtpförtner in Winsen



an der Luhe gebracht wurde, „misbrauchte sie ihre Freyheit, indem sie sich zweymal in Unehren schwängern ließ“, auch lief sie einige Male fort, hielt sich in fremden Gebäuden auf und mußte schließlich in feste Verwahrung genommen werden.

Eine andere junge Dame bezeigte sich oft unkeusch, „als dann hebet sie ihre Röcke auf und entblößet sich, welches dann, da die Wachen, welche ihr zugegeben sind, vielfältig junge Purschen waren, zuweilen sehr unschickliche Folgen hatte.“

Am schlimmsten war die Demoiselle Krudop, die ständig über die Nachstellungen klagte, die ihre Keuschheit von Prinzen und Rittern erleiden müsse. Aber „wenn gerade die zwei Wärter einmal Gewalt brauchen müssen, um sie von ihrem die ganze Nachbarschaft beunruhigenden Lärmen und Toben ab und zur Ruhe anzuhalten, so entblößet sie sich vollends, ohne die mindeste Rücksicht auf die anwesenden Personen zu nehmen, in schamloser Weise. Zu Zeiten nimmt die Zärtlichkeit wieder überhand und nimmt sie zu eben der Zeit einen andern von ihrer Wache zur Erwärmung ihres frostigen Leibes mit sich unter die Bettdecke.“

Dabei blieb es trotz der dringlichen Mahnung des Dr. *Schlichthorst* in Stade: Nützlich und notwendig würde es übrigens seyn, wenn bei der einstzweiligen Bewachung der Kranken auf Sittsamkeit und Anstand möglichst Rücksicht genommen und solche so viel nur immer tunlich, durch Personen ihres Geschlechtes besorgt würde.

Alles das wurde getreulich beobachtet und berichtet, denn die Beobachtung darauf, ob der nötige Grad von Anstaltbedürftigkeit erreicht sei, war ein weiterer Grund für diese Unterbringung. Die lag in erster Linie dem Pförtner auf.

Ihm traute man ohne weiteres, wenn er bezeugete, „daß sie seit den 12 Tagen ihres Hierseyns sich als eine völlig vernünftige Frau bezeiget habe.“ Ausführlich sprach er sich aus, nachdem er „von Amtswegen ersuchet worden war, die Wahrheit zu sagen“, und oft war sein Material so groß, daß „im übrigen die närrischen Phantasien nicht alle zu erzählen seien.“

Zwischendurch stellte sich der Landphysikus ein, um den nötigen Stoff für sein Visum repertum zu sammeln.

Auf alles achtete er, er stellte sogar bei einem Manne, der einige Verachtung des zweiten Geschlechtes hatte, eine Beobachtung auf Onanie an und war sehr stolz darauf, daß er ihn schließlich ertappte, wie er im Stehen gegen den Ofen „solche Manövers machte, daß Respect und Bescheidenheit es mir verbieten, solche zu beschreiben“.

Die Kommission des Amtes nahm zur guten Letzt ein genaues Protokoll über seine „abgeschmackten Albernheiten sowie auch tolles Gebahren“ auf, worauf man ihn, „da die verwirrten Reden nicht auf-



hörten, zur wohlverwahrlichen Aufsicht der Wache, wieder anvertrauete". Man gelangete zum Schlusse, daß es „zur Sicherheit des publici nötig sei, diesen Mann, der zu dem auf dem Gefangenenhause wieder Unfug macht, auf das genaueste zu verwahren".

Der Arzt gab sein Gutachten dahin ab, „daß der Kranke in der Lage, in der er sich jetzt befinde, füglich nicht hergestellet werden könne".

Diese Einschränkung der Freyheit hat einen so nachteiligen Einfluß auf seinen Gemützustand gezeiget, daß nur bei Wiederherstellung einer freyeren bequemeren Lage, als worin der Patient sich annitzt befindet, und von der Hinwegräumung alles dessen, was ihn an die eingebildete Veranlassung seines Unglücks erinnern dürfte, die Hoffnung einer sonst noch möglichen Besserung sich erheben kann."

Seltener entließ man sie wieder nach Hause, um sie weiterhin doch dem Arreste wieder überliefern zu müssen, weil immer wieder Handlungen mit durchliefen, durch die er sich wahnsinnig betrug."

Neben dieser festen Unterbringung treten die sonstigen Maßnahmen, mittels derer man in der Freiheit auf die psychischen Krankheitäußerungen einzuwirken suchte, ganz zurück.

Zunächst suchte man den Kranken zu einer Beschäftigung zu verhelfen, die sie nach dem Maße ihrer geistigen Kräfte noch auszufüllen imstande waren.

So stellte man einen Epileptiker, der wegen zunehmender Blödsinnigkeit von seinem Regimente entlassen werden mußte, obgleich er wohlgewachsen war, als Gänsejunge an, worauf er die Gänse totschlug. Darauf erhielt er eine Stellung als Pfänder und Nachtwächter, stiftete aber viele Unordnungen und legte zuletzt gar Feuer an. Einem religiösen Paranoiker wurde von Amtswegen die Kirche verboten, und der Gerichtsdiener mußte darauf achten, daß er dies Gebot nicht übertrat.

Hatten die Kranken bestimmte Wahnideen, so mietete man sie aus und machte allerhand „Versuche mit ihnen, um sie von dem Gegenstande abzuziehen, welcher ihrem Wahnsinne Nahrung gab".

In erster Linie aber zog man zu Hause strengere Saiten auf.

Nur zu oft müssen wir lesen, daß die armen Kranken, die nicht ganz gut tun wollten, von allen möglichen Beteiligten oder von solchen, die sich dazu berufen fühlten, Prügel bekamen. Auch das Amt ließ sie oft Würde und Strenge fühlen. Die ließ man in erster Linie den

Alkoholisten angedeihen, bei denen man die Krankheit erst in den allerhöchsten Stadien von dem Laster zu sondern wußte.

Dabei trat auch der Pastor in seine gebührenden Rechte. Der drohte ihm an, er werde, falls er das nicht ließe, gefänglich eingezogen werden, außerdem werde man der Behörde zuvörderst von seinem Benehmen Anzeige tun, worauf er die unangenehmsten ferneren Verfügungen zu erwarten habe. Dann forderte man ihn auf die Amtsstube und verwies ihm seine unschickliche Betrunkenheit und unschickliches Betragen allen Ernstes. Als ein solcher Säufer, dem man das Gefängnis angedroht hatte, sich erfrechte, zu antworten, er trinke keinen Branntwein, sondern nur Aquavit, und man bemerkte, daß er wieder trunken war, wurde er auf 24 Stunden in das Gefängnis abgeführt.

Sehr anschaulich wird der vergebliche Kampf gegen den Alkoholismus in einem Berichte des Pastors von Nordwohlde an das Amt geschildert:

„Es wird hochdenselben noch bekannt sein, daß sie vor einem halben Jahre den Harm Schröder hieselbst auf die Anklage seiner Frau wegen seiner übeln Begegnung ein paar Tage hinsetzen ließen. Er ware darauf nach seiner Zurückkunft eine kurze Zeit ziemlich gut und versprach mir auf das heiligste, sein Leben zu ändern, als ein Christe zu leben und sich gehörig des heiligen Abendmahles zu bedienen. Allein, kaum war jene heilsame Züchtigung vergessen, so fing er nach und nach wieder an, immer schlimmer zu werden, wobei ich nie unterließ, ihn auf das nachdrücklichste zu vermahnen, auch zu Zeiten drohte mit dero gerechten Strafe, aber alles war vergebens und er glaubet nun wiederum allemal das größte Recht zu haben. Er erdenket allerlei, wodurch er seine Frau nur quälen möchte, auch nimmt er alles, was ihm zu Händen ist, wirft damit nach seiner Frau, so daß es gar leicht geschehen könnte, daß er sie mördlich begegnet, auch noch gestern wiederum mit einem Feuer-Püster, daß ihr das Blut am ganzen Gesichte herunterlief. Kurz, ich muß sagen, daß er ein wahrer Unmensch ist, wovon zu befürchten, daß er in seiner Tollkühnheit noch einmal einen Mord begehet oder andere mutwillige Bosheit ausübet. Ich bin ihn mit der größten Geduld nachgegangen, aber alle Vorstellungen helfen gar nichts und gibt mir noch dazu zur Antwort, ich hätte gar nicht Ursache, mich um seine Lebensart zu bekümmern, auch erdenket er mir hinter meinem Rücken die empfindlichsten Namen, daher ich fast glauben sollte, es liefe dann und wann etwas unrichtiges zwischen durch. Ew. pp. werden nun die Gewogenheit haben und der übeln Aufführung dieses Menschen recht in Erwägung nehmen; es ist ein rechter Skandal in der ganzen Gegend, und ich selbst möchte viel darum geben, daß ein solches räudiges Schaf ganz aus der Herde geschaffet werden möchte oder doch wenigstens so in Furcht gesetzet würde, daß er sich ruhig hielte.



Als man ihn hierauf zur Haft zog, entschuldigte er sich zwar mit seiner gichtischen Krankheit, doch wurde es für nötig befunden, ihn mit einer geschärften Bestrafung zu belegen. Während ihm zwei Tage Gefängnis verabreicht wurden, bedeutete man ihn, daß, falls er nicht zu Gottes Tisch gehe und Hausfrieden halte, würden seine Verbrechen in criminale Untersuchung gezogen werden und ihm seine ruglose Lebensarth nachdrücklich zu Gemüthe geführt."

Als Vorstadien oder auch als Notbehelf für das Cellenser Zuchthaus dienten auch die Armen-, Gast-, Wirts- und Waisenhäuser. Von einer Maniaca heißt es, daß man ihrer nach genommener Medizin genauer im Hirtenhause wartete. Einmal nur wird des Hospitals in Lüneburg, der Breitenwiese, Erwähnung getan, dessen Geschichte trotz der verhältnismäßigen Kürze der Zeit, die seitdem verstrichen ist, schon in sagenhaftem Dunkel entschwunden ist. Es heißt, daß sie dort schon nach 11 Wochen vernünftig geworden sei, daß man sie nachher aber doch noch der Vorsicht halber ins Irrenhaus zu Celle abführte. Man scheint also mit den Erfolgen der freien Behandlung, der ja in der Breitenwiese in ausgedehnterem Maße gehuldigt wurde, nicht ganz zufrieden gewesen zu sein.

1793 bemühte sich der Magistrat von Stade, einen Kranken, der zwar keinem Menschen einen Strohhalm in den Weg gelegt hatte, aber schrifttoll war, im Hamburgischen Pesthofe unterzubringen.

In Südhannover, weniger im Norden, nahm man, so man genug Geld hatte, seine Zuflucht zur Landesuniversität. Wo heutzutage *Cramer* von einem Triumphe zum andern eilt, wirkte damals Professor *Stromeyer*. Ihm strömte die Noblesse der hannöverschen Geisteskranken zu, er verabfolgte ihnen in seinem Hospitale die gebührenden Brech- und Abführmittel in den Quantitäten, wie sie nur der Präses der hannoverschen Psychiatrie zu ordinieren verstand. Manchmal ließ auch das Amt weniger vermögende Kranke einziehen und bei *Stromeyer*n und dem Amtschirurgus in die Kur geben.

Wie unsicher man den Krankheitäußerungen der Kranken, besonders der Alkoholisten, gegenüberstand, beweist auch die Geschichte des Schuhmachermeisters und Säufers Oberg aus Gifhorn. Man hatte ihn schließlich, als er es wagte, sich um die Stelle eines Unterbürgermeisters und Stadtschreibers zu bewerben, 8 Monate nach Celle in das Zuchthaus bringen lassen. Nach diesem „für seine Correction zu kurzem Aufenthalte behelligte er nicht nur das Amt mit seinen unvernünftigen



Vorträgen, sondern vergaß sich sogar so weit, zur Zeit der Okkupation den Amtschreiber auf die gröbste Weise zu injuriieren und dessen Registerschreiber in officio zu mishandeln. Man bestrafte ihn mit 8 tägig. Gefängnisse, und um ihm die Gelegenheit zum Trunke wenigstens zu erschweren, gab man den Gastwirten und Branntweinbrennern communatorie auf, ihm weder Geld zu leihen noch Branntwein zu verabfolgen. Trotzdem blieb er dem Trunke im Übermaße gewidmet und beging grobe Excesse, die jedoch, obgleich man den pruritum nocendi nicht verkennen konnte, nicht immer zur officiellen Anzeige kamen, weil der größte Teil der Einwohner ihn fürchtete. Als er schließlich einen Beamten auf der Straße angriff, kam er zur Captur. Um jedoch auch für die Folge das Publikum vor diesem nicht zu bessernden Säufer zu sichern, der vorsätzlich säuft, um wahnsinnige Streiche mit dem Trunke zu entschuldigen, auch, um ihn selbst einer unvermeidlichen Calamität zu entziehen, der er nicht entgehen kann, wenn ihm freie Hände gelassen sind, den geringen Rest seines Vermögens in Branntwein ferner zu vergeuden und am Ende die Unterhaltung seiner praecipitaten Existenz dem Aerario des hiesigen armseligen Städtleins zur Last zu lassen, so müssen wir beantragen, ihn nochmals ins Zuchthaus aufzunehmen und nicht ohne beglaubte Garantie daraus zu entlassen."

Von Seiten des Gerichtes suchte man die Aufnahme in Celle dadurch zu vermeiden, daß man die Kranken durch die Entmündigung in ihrer Bewegungsfreiheit einengte. Wenn Paranoiker und Querulanten die Hülfe der Richter in Anspruch nahmen, um ihr vermeintes Recht zu suchen, so kamen sie ihnen nach Möglichkeit entgegen und versuchten durch psychische Beeinflussung eine Beruhigung herbeizuführen.

So lud man 1777 den Advokat v. D., der gegen seine Mutter eine Notdurftsverhandlung in puncto paternitatis eingeleitet hatte, vor Gericht. Er blieb dabei, er sei in Venedig in ein vornehmes Haus gelockt worden, allwo man ihn in Soldatenkleider gesteckt und in ein Haus gestecket habe, wo man die Rekruten einsperrte. Man habe ihn aufgezogen, von einer vornehmen Geliebten gesprochen, ihn auf einem Schiffe nach Saga, nachher aber wieder nach Venedig in ein Hospital geschleppt, wo man mit diesem Gerede kontinuierte. Er sei der Sohn des Königs von Preußen und der Prinzessin Mathilde, die ihn hätten einsperren lassen. Im Hospitale habe man ihm keine Anzeigen verabfolgt, wie er auch nicht krank gewesen sei. Zuletzt habe man ihm auf dem Rathause seinen Abschied gegeben, worauf die venezianischen Ratsherren erklärt hätten, er sei nicht der Sohn des Amtmanns v. D. Auf der Rückreise nach Deutschland, wo er von Almosen gelebt habe, hätten alle Leute durch ihre Reden gezeigt, daß sie von allem wüßten, Mutter und Schwester hätten allerhand Wörter gebraucht, die er



auf seinen Reisen gehört habe, unter seinen Fenstern hätten die Leute ausgerufen, er sei der König von Preußen, in Venedig hätten die anderen Rekruten seine Mutter und Geschwister so in Wort und Gebärden nachgeahmt, daß man solche selbst zu sehen glaubte.

Ernstlich bedeutete man ihm, die praesumtion, daß er der Sohn des Amtmanns v. D. sei, wäre viel stärker als die des Gegenteils. Die Eltern sähen ihm ähnlich, sie hätten sich seiner angenommen. In Venedig hätte er sich jedenfalls abgesondert, deshalb hätten ihn die Anderen mit einer besseren Herkunft aufgezogen. Da er nun zweifellos schlechte Nahrung genossen und eingesperret gewesen sey, hätten seine Leibeskräfte und durch diese seine Gemütskräfte gelitten, so habe er sich im Ernste vorgestellt, was nur im Scherze gesagt worden sei. Deshalb hätte man ihn auch in ein Hospital gesezzet. Vielleicht hätte auch eine Liebesaffaire und Verfolgung der katholischen Geistlichkeit zur Schwächung seiner Gemütskräfte beigetragen. Schließlich habe seine Mutter den deferierten Eid akzeptiert, mithin solchen in foro conscientiae so gut als abgeliefert. „Comparent, der seine Erzählungen in einem ziemlichen Zusammenhange vorbrachte und mit einem Flusse von Rede wegsprach, aber in seinen Augen etwas Düsteres und Melancholisches hatte, sonst aber ganz adäquat sprach und sich in Gesellschaft sittlich und bescheiden aufführte, ließ sich durch die eloquenten Ausführungen collegii nur äußerlich überzeugen und behielt sich eine schriftliche Entgegnung vor.

Man gab ihn dem Hofmedikus Dr. *Schaeffer* in die Kur. Aber diese vereitelte er durch sein stetes Gesöffe und den unordentlichen Genuß des Branntеweins. Der Armenordnung zuwider sprach er hin und wieder honoratiores um Geldbeträge an. Was er zusammengebracht, vertrank er gleich in Branntweinschenken. Er wurde sogar in Hannover auf obrigkeitliche Verfügung in Sicherheit genommen, und nur auf Anordnung seiner Mutter losgelassen und dieser zur Aufsicht übergeben. Zur guten Letzt ließ er sich auf keine Weise von den hitzigen Getränken zurückhalten, drohte seine Mutter zu ermorden und prügelte seine demoiselle Schwester sehr stark, bis von Gerichtswegen für seine sichere Verwahrung gesorgt wurde.

Wieder hielt man ihm seine begangenen Unordnungen vor. Kleinlaut gab er zu, starke Getränke unmäßig zu lieben. Zu Hause aber habe er nichts pecciert, höchstens einmal getorkelt. Wenn er erst einmal das Branntеweintrinken eine 8 Tage ganz gelassen habe, glaube er es sich ganz abgewöhnen zu können.

Als Judicium nun seinen Gemützustand dadurch näher zu erforschen suchte, daß es ihn auf seine Abkunft brachte, erklärte er seine Ideen längst aufgegeben zu haben, und das Gericht konnte keine Merkmale seines Wahnsinns bei ihm wahrnehmen. Aber für Celle wurde er doch für reif erachtet.



Die Gründe, die schließlich dem Kranken das Zuchthaus erschlossen, waren recht mannigfaltig. Bald sollte er nicht nur „zur Sicherheit des publici, sondern auch daß er sich keinen Schaden zufüge, unter der genauesten Aufsicht stehen, da er dann denen Verordnungen eines Arztes und übrigen Verhaltungsmaßregeln mehrere Folgsamkeit beweisen mußte", oder „da er seinen gegenwärtigen Hütern leicht entgehen könnte". oder„da solche Leute in einem solchen paroxysmo sich ein Leid zufügen können".

Meist aber war es das Interesse der Umgebung, das den Ausschlag gab, und der Begriff der Gemeingefährlichkeit wurde nach Kräften variiert: „da sie in Freiheit leicht Schaden und Unruhe stiften könnte, ist zu versuchen, ob sie durch Ordnung und schickliche Strenge wieder zum Gebrauche ihrer Sinne gebracht werden könne".

Da hatte ein Kranker die Haushaltmamsell des Fürsten „mit häufigen widersinnigen und unverständigen Schriften turbieret"; da war Möhlenhoffs ganzes Betragen seiner Schwiegermutter gegenüber dem Wahnsinne nahegekommen, daß bei so bemerkter Aufführung ein Unglück zu besorgen stand. Und ein Alkoholist hatte gar zu dem Landdrost in respectlosester Weise „min ohle Brode" gesagt.

Daß in puncto von Morden, Gewalttätigkeiten, Sittlichkeitsverbrechen, die über die Anstaltbedürftigkeit keinen Zweifel ließen, nicht der geringste Mangel war, braucht nicht besonders berichtet zu werden. „Er hat seine Mutter auf den Kopf geschlagen und entweder die Karre oder das Zuchthaus verdient."

Die Brandstiftungen beherrschen namentlich in den ländlichen Bezirken noch mehr die Ätiologie für das Zuchthaus. War Jemand geisteskrank, bei dem man bis dahin noch nicht an Celle gedacht hatte, und ereignete sich im weiteren Umkreise irgendeine Brandstiftung oder ein Diebstahl, dessen Autorenschaft im Dunkeln blieb, so wurde es unweigerlich dem Kranken in die Schuhe geschoben. Damit war dann auch stets sein Schicksal entschieden.

Die Verwaltung des Zuchthauses war im übrigen nicht immer von der durchschlagenden Beweiskraft dieser Gründe erschüttert. Dafür war zu allen Zeiten die Überfüllung zu groß:

Unmutig schreibt der Zuchthauskommissar bei einer Aufnahme: Ihr Zustand ist so, daß ich meine, man hätte sie bey einer einstweiligen Einsperrung und durch den Gebrauch diensamer Arzneyen in Ordnung bringen und so das Hier- und Hersenden vermeiden können.



Der Geschäftsgang bei der Aufnahme war ziemlich einfach. Die Familie benachrichtigte das Amt, dieses vernahm die Angehörigen oder untersuchte den Kranken, wie es auch den Landphysikus nach dem Schema das Gutachten abfassen ließ, und stellte bei der Regierung den Aufnahmeantrag, die Zuchthaus und Amt benachrichtigte.

Die Vernehmungen führten manchmal zu keinem ausgiebigen Resultate, schon deshalb, weil man aus dem Ehemanne wegen der überhand nehmenden Traurigkeit nichts herausbekommen konnte. Man bestellte dann die nächsten Verwandten sowie den Brotherrn, oder ordnete an, daß der Kranke „ans Amt" geliefert wurde. Lediglich der Beobachtung halber blieb er in Haft. Oder der Hausvogt, dem man eine besonders reiche psychiatrische Erfahrung zutraute, wurde kommittiert, sich in seine Wohnung zu verfügen, und kam zu dem Schlusse, unvernünftig wäre er nicht, aber von einer beständigen Unruhe besessen.

War der Arzt, über dessen sonstige Tätigkeit ich anderwärts berichten werde, zu dem Schlusse gekommen, daß eine „sichere" jedoch leidliche Verwahrung notwendig sein werde, dann ließ sich die Regierung „in gnädiger Rücksicht auf die angeführten Umstände in Gnade bewogen finden, ihn auf eine anständige Art in öffentliche Sicherheit zu bringen, bis er völlig wieder zur Vernunft gekommen sei", und wies die Zuchthausverwaltung an, selbigen bey erfolgender Lieferung seiner Person aufzunehmen und die Kosten vom Amte zu gewärtigen.

Dabei wird gelegentlich ausdrücklich bestimmt, daß er ein halbes Jahr in Gewahrsam bleiben solle. Bey dem Invaliden Schultz wurde bestimmt, daß er bis nach den Hundstagen (denen man einen sehr unheilvollen Einfluß auf die Geisteskrankheiten zuschrieb) dort zu behalten sei, „indem derselbe würklich einen ziemlichen Grad von Wahnsinn vorhin habe von sich blicken lassen und sich so aufgeführt habe, daß seyne Freylassung wo nicht bedenklich doch sehr vorsichtig geschehen müsse." „Doch sollt ihr bey einer abermahligen Wiedergenesung umso mehr Anstand nehmen, ihn sofort zu entlassen, weil bei einem neuen Rezidive sehr leicht ein Unglück eräugnen könnte."

Dann empfahl man sie inständigst der hohen Protection und hohen Fürsorge und erklärte, man wolle zwar das Zimmer bezahlen, hoffe dafür aber keine Rechnung für Medizin, die sie nicht einnehme, und für Kleider, die sie noch habe, zu erhalten, denn sie brauche wenig und sey nicht delikat gemachet".



Sehr häufig aber kehrt der Vermerk in den Übernehmungsschreiben wieder, daß „sie bey guter Behandlung dem publico noch nützliche Dienste leisten könne". „Er soll, falls es seine körperlichen Kräfte erlauben, zur Arbeit angehalten werden."

Als die Zuchthausverwaltung einen an Wahnsinn laborierenden Bettler in Pflege und Gewahrsam nehmen soll, bitten die Beamten von Wustrow mit besonderer Schärfe, „er solle durch gelinde Mittel zur Arbeyt und einigem Verdienste mit Wollespinnen gewöhnet werden."

Das Amt beschwor das Zuchthaus, doch zu sehen, daß die Alimentationskosten durch die Arbeiten usw. so gering wie möglich gemacht würden, „da es itzt (1776) größeste Last und Schwierigkeit für einen Beamten machet, dergleichen Gelder bei denen verwirrten Umständen derer Untertanen beizutreiben und zur erforderlichen Zeit einzuliefern." „Es wird daher sowoll für den Wahnsinnigen, wie für das ganze Amt eine wahre Wohltat sein, wenn Euer Wohlgeboren es geneigtest verfügen, daß er, so viel nur immer möglich ist, seine alimentations Kosten durch Arbeit größtenteils verdiene. Durch Spinnen und Raspeln würde er bei seiner starken Leibeskonstitution und erforderlichem Zwange ein ansehnliches verdienen können."

Der Ertrag dieser Arbeiten der Kranken wird dann immer von den Alimentationszuschüssen des Amtes in Abzug gebracht.

Der Gang des Aufnahmeverfahrens, der manchmal einen sehr schleppenden Charakter trug, konnte unter Umständen eine Abkürzung bei vollkommener Vernachlässigung der vorgeschriebenen Formalitäten erfahren. Hatte die Regierung geschrieben: „ihr habt ihn eventualiter aufzunehmen und werdet eine eingehende umständliche Relation über den Vorfall erhalten", dann war alles in schönster Ordnung.

Man hatte auch nichts zu erinnern, wenn der Dr. *Heine* bei einem Kranken, den er in Privatbehandlung hatte, beantragte, „ihn ad interim im Irrhause aufzunehmen und gönnen zu wollen, daß er einen Platz auf dem Krankenzimmer bekomme, da er ihn gleich in die Cur zu nehmen gedenke." Ebenso prompt erfolgt die Aufnahme, als der Stadtphysikus Dr. *Thaer* (der bald als Hofmedikus, bald als Zuchthausarzt, bald als Stadt- und Landphysikus in den Vordergrund tritt) eine sichere Aufbewahrung für nötig hält, da der Magistrat von Celle, mit dem offenbar die Zuchthausverwaltung sehr gut stand, „keine hinlängliche Gelegenheit habe." „Er ist aufgenommen, wie es in mehreren ähnlichen mit einem periculum in mora verbundenen Vorfällen geschehen ist, und bitten wir um nachträgliche Verhaltungsbefehle."

In anderen Fällen wurde das Aufnahmeverfahren auch aus nicht ersichtlichen Gründen abgekürzt. Geschah's, so hatte man immer der



hohen Regierung gegenüber ein etwas böses Gewissen, und der Zuchthausvorsteher schrieb dem Amte: „es soll mir angenehm seyn, wenn wir beyde durch eine erwünschte Resolution verdienten Vorwürfen entgehen". Besonders wenig genau nahm man es mit der Aufnahme von Alkoholisten, die bald als Kranke, bald als Züchtlinge behandelt wurden, bald im Zuchthause unterkamen, und bald des Tollhauses für würdig erachtet wurden. Gerade bei ihnen dosierte man auch die Dauer des Anstaltaufenthaltes: einmal wird verlangt, daß der Säufer bis zu 10 Jahren aufbewahrt werden solle.

Einmal war die Kammerjungfer einer Freifrau ohne Vorwissen der Regierung und ohne jedwede Aufnahmeverhandlungen aufgenommen worden. Hoher Adel scheint also damals auch in dieser Sphäre einen großen Einfluß gehabt zu haben. Das setzte allerdings einen sehr bösartigen Wischer und die dringlichste Weisung, sofort Bericht zu erstatten, vor allem auch darüber, wer die Kosten getragen habe.

Heutzutage würde es vielleicht bei der Witwe Schultzen zu einem Sensationsprozesse gekommen sein. Sie war „wegen ihres übeln Betragens in den Gewahrsam des Zuchthauses gebracht worden, vor allem auf das Betreiben ihres Bruders, des Dr. *Wildes*, der sich sehr für ihren Wahnsinn aufnahm. Dr. *Thaer* dagegen hatte keine Gründe, sie eines Wahnsinnes zu beschuldigen. Ihr unglücklicher Zustand bestehe nur in einer herrschenden Gewohnheit an ein unsittliches Leben."

In dieser Rücksicht sey es bedenklich, sie im Zuchthause zu halten, da sie weder als Wahnsinnige noch als Verbrecherin behandelt werden könne. Da das Publikum vor einer unruhigen und lästigen Müßiggängerin geschützt werden müsse, sei ja eine fernere Einsperrung im Zuchthause in Betracht zu ziehen. Da dies aber nach den Bestimmungen nicht angängig sei, müsse man sie bei guten Leuten unterbringen, die auf sie zu achten und sie allenfalls mit Zwang zu einem vernünftigen Betragen anzuhalten hätten.

Dr. *Wildes*: Der melancholische Zustand (für den er übrigens nicht das mindeste Beweismaterial beibrachte) rühre nicht von ihrer Unsittlichkeit her. Die Hauptursache der Melancholie, die zuletzt in einen wahren Wahnwitz ausgeartet sey, liege in ihrer unglücklichen Ehe. Ein Pastor, zu dem er sie gebracht, habe sie zwar aufgemuntert, sie aber wegen ihrer Gemütsbeschaffenheit nicht behalten wollen. Deshalb sey er wegen ihres melancholischen, mürrischen und negligenten Wesens genötigt gewesen, sie ins Zuchthaus aufnehmen zu lassen. „Sollte sie nicht melancholisch und wahnwitzig seyn, so würden Hunger und Zwangmittel die Gegenstände seyn, sie zur Arbeit zu bringen." Da sein Vermögenzustand keine Zubuße mehr gestatte, möge man das Nötige gütigst besorgen. Auf diese



Auslassung des liebevollen Bruders schrieb der erfahrene Zuchthaus-kommissarius: Dr. *Wildes* wolle den unsittlichen Zustand durchaus einer Melancholie und Wahnwitz zugeschrieben wissen: Wir wagen es nicht, die widersprechenden Meinungen zweener Ärzte mit einander zu vereinbaren, neigen vielmehr vermöge unserer Beobachtungen auf die Seite des Zuchthaus-Medici Doctoris *Thaer* und geben Ew. Excellenzen unterthänigst anheim, ob Hochdieselben eine fernere Beobachtung von einem halben Jahre verstatten möchten, um diese medizinische Differenz außer Zweifel zu setzen. Da Dr. *Wildes* versprochen hatte, er werde sie herausnehmen, wenn er genügende Beweise von ihrer Besserung habe, habe ich ihr Freiheit und Unterhalt versprochen, wenn sie ein halbes Jahr reinlich und fleißig sich verhalten würde, und der Anschein der Besserung ist bereits vorhanden.

Nachdem die Regierung genehmigt hatte, daß sie noch ein halbes Jahr dort bleiben solle, um durch dienliche Mittel zu bessern Sitten und Gewohnheiten gebracht zu werden, wurde dem Bruder wieder die Pistole auf die Brust gesetzt. Wenigstens schreibt er in trotziger Ergebenheit: „Die Bitte um Unterstützung geruhete die Hohe Regierung mehr ungnädig aufzunehmen als solcher zu deferieren. Und muß ich mir die Entlassung gefallen lassen, es geschehe, wann es wolle. Ich zeige jedoch hierbey gehorsamst an, daß ich mich von dato zu keinem weiteren Alimentations-Vor- als Zuschuß verstehen kann noch werde. Hätte ich das Vermögen, mit Freuden würde ich solches thun, um dem Publico künftighin durch das Betragen meiner unglücklichen Schwester keinen Anlaß zu betrübten und ärgerlichen Gegenständen zu geben.“ Aber — — — —!

Für den Transport zur Anstalt genügte bald die Begleitung zweener sicherer Hauswirte, bald mußte das Amt die nötige Mannschaft dazu mitgeben und allenfalls ein paar Reiter acquirieren, bald nahm der Gerichtsburmeister unter Zuziehung eines Gerichtsbedienten die Sache in die Hand, während die Angehörigen die Fuhrkosten stellen mußten, und ließ sich einen „Empfangschein über die richtige Lieferung der Person sowohl wie auch der Sachen“ ausstellen, oder man schickte eine Wache zu Fuß mit. Diese Transporte kosteten für damalige Verhältnisse ein gutes Stück Geld.

Als daher einmal die Erlaubnis zur Aufnahme nicht da war, wurde der Mensch bei seinem traurigen Zustande aufgenommen, um sich nicht selbst einer Verantwortung auszusetzen, und damit andere Transportkosten nicht zu Stande kämen.

Kam der Transport in der Nacht an oder stimmten die Aufnahmeformalitäten nicht, dann brachte man sie wohl vorläufig im Amts-



gefängnisse in Celle (im weißen Hause) unter und übergab sie am andern Morgen den Wächtern.

Als eine Wahnsinnige, die nach der Vorschrift des Amtes auf das glimpflichste behandelt werden sollte, in der Kreutze und quer auf einem Wagen festgebunden mit dem Vermelden abgeliefert wurde, daß man 4 Mannspersonen zu Hülfe habe nehmen müssen, um sich ihrer zu bemächtigen, sie auch mit unverständigen Schimpfen continuierte, hielt das Amt in Celle es für bedenklich, sie ohne Aufsicht und Wache in ein Gefängnis zu setzen, sondern es bat den Vorsteher des Zuchthauses brevi manu, sie ad interim aufzunehmen, wozu sich dieser auch willig erklärte.

Wie sich's geziemt, wurde bei jeder Aufnahme ein feierliches Kleider- und Effectenverzeichnis angefertigt. Es scheint keine bestimmte Vorschrift für die mitzubringenden Kleider bestanden zu haben. So herrscht hier Willkür und Mannigfaltigkeit. Einfache Landleute brachten ein buntes Wollkamisohl, eine wollene Hose, ein paar Hemden, ein gestricktes Brusttuch, einen Huht und ein Paar Schuh mit. Frauen hatten ein wollenes Camisohl, ein Brusttuch, einen rostenlaakenen Rock, ein Paar Strümpfe und Pantoffeln und ein kattunenes Halstuch, zwei kattunene Mützen und eine Schürtze an.

Von dieser Einfachheit bis zum üppigen Luxus gibt es alle möglichen Zwischenstufen, und manche Kranke zogen mit großen Kisten und Kasten in das gastliche Heim ein. Zum Teil gewähren diese Kleiderverzeichnisse einen Einblick in die vielseitige und farbenprächtige Garderobe der verschiedenen Landstriche. Nach ihnen zu urteilen, scheint das Einerlei des Zuchthauses durch die Farben der Kostüme seiner Insassen sehr belebt worden zu sein. Was an sonstigen Effecten mitgeschleppt wurde, ist gar mannigfaltig, und man sieht, daß von vornherein mit einem langjährigen Aufenthalte, oft bis auf Lebenzeit, gerechnet worden war. Eins fehlte nie: Bibel und Gesangbuch, obgleich die Anstaltbibliothek für religiöse Bedürfnisse den weitgehendsten Ansprüchen entgegenkam.

Erst recht scheint in den Honorationenflügel die herrschende Mode eingezogen zu sein.

Der Advokat v. D. nannte einen grauen Oberrock, eine gelbe lederne Hose und ein Paar Schuhe mit tombackenen Schnallen, einen Tabacksbeutel, eine Tabacksdose und ein spanisches Rohr sein eigen. Ebenso würdig kleidete den Herrn Pastor L. im Tollhause 1 weiße baumwollene Mütze benebst einer Überziehung der Mütze, ein Paar



Schu mit silbernen Schnallen (davon hat er eine verlohren), ein scharlachener Tuchen-Kamisohl und ein schwarzer Cammelotten Rock sowie ein bläulich gestreifter Schlips, während ihn im Zuchthaushofe ein gräulicher Mantelohr mit scharlachrotem Kragen, ein scharlachroter Cabus-Huth und 1 Paar alte Stiebeln schmückten. Den Rekord vornehmer Eleganz hielt aber der Hauptmann v. L., dessen Kleiderverzeichnis 4 enggeschriebene Seiten füllt. Neben vielen anderen köstlichen Dingen hatte er alle seine Uniformen mitgebracht, einen blauen Frack, seidene Westen, einen Pelzrock von blauem Tuche und mehrere sammetmanchesterne Westen.

Um so wehmütiger berührt es, wenn der Zuchthauskommissar bei einem Studenten schreibt:

„Mit Verwunderung habe ich erfahren, daß in seinem Coffer sich zwar viele Bücher aber außer einigen Hemden gar keine anderen Kleidungsstücke, nicht einmal ein Nachtkamisohl oder ein Paar Schuhe und Toffeln fanden."

Zu besonderen Bemerkungen gab die Aufnahme von Juden Anlaß. Allzu häufig begehrten sie nicht die Aufnahme, und sehr beliebt scheinen sie auch nicht gewesen zu sein. Als der Schutzjude Salomon die Aufnahme seiner Frau Bete beantragt, muß er ausdrücklich hervorheben, daß er sein Schutzgeld seit 30 Jahren ehrlich bezahlt habe.

Dieselben Kopfschmerzen wie heutzutage machten auch die Unbekannten, die im Zuchthause strandeten und deren Identität man oft mit der gleichen Ohnmacht gegenüberstand wie heutzutage.

Die unbekannte Frauensperson, die 1795 in Andreasberg aufgegriffen wurde und bis zu ihrem 1826 erfolgten Tode das Geheimnis ihres Namens nicht enthüllte, ließ wenigstens über ihre Geisteskrankheit keinen Zweifel, denn sie konnte keine Angaben machen, hatte von alltäglichen Sachen keinen Begriff und dafür ein einfältiges Gesicht.

Ob der 1794 aufgegriffene unbekannte Mann wirklich seines Verstandes beraubt war, ließ sich schon schwerer feststellen, da er die Bosheit hatte, taubstumm zu sein. Er zeigte beim Betteln einen schlapperigen Gang, brach oft in ein lautes Lachen aus, führte aber Aufforderungen ganz schnell aus (?). Der Arzt verfiel auf den sinnreichen Gedanken, ob er schreiben könne: er konnte zwar kritzeln, aber nichts ohne Anleitung zu Papier entdecken. „Er isset mit vielem Appetite, entfernt sich jedesmal, um seine excretiones naturales zu verrichten, verhält sich Nachts geruhig, arbeitet und ist nach Aussage des Pförtners und der übrigen Gefangenen keine Bosheit in seiner Gemütsart bemerkt worden. Die Art, sich gegen andere Menschen zu benehmen, ist närrisch genug, indem er überflüssige

14*



Verbeugung macht, indes niemals beleidigend. Die Augen haben den Blick eines Närrischen. Wer mit ihm und Leuten seiner Art umzugehen versteht, kann durch Zeichen alles ihm begreiflich machen. Er hat in der Wand der Pfortstube ein großes Kreuz gemahlen und dies gab uns die Anleitung, ihm die den Katholiken gebräuchlichen drei Kreuzschläge vorzumachen, die er so vollkommen nachmachte, daß ich fest glaube, er gehört zu ihrer Kirche".

Er blieb gleichfalls unbekannt, arbeitete bei dem Materialienschreiber und entwich 1810, nachdem er in der westfälischen Periode nach dem Kloster Blankenburg bei Delmenhorst gebracht worden war. Von andern Anstalten, die Celle Conkurrenz machten, hört man begreiflicher Weise sehr wenig, da es deren eben sehr wenige gab. Einmal wird von einem Kranken berichtet, daß er im Irrenhause zu Dömitze von seinen Anfällen befreit worden sei.

Mit geringer Liebe nahm man sich auch der Vagabunden an, die man, sobald man es irgendwie verantworten zu können glaubte, entließ und per Schub über die Grenze schaffte. Bei einer Vagabundin wurde der Zuchthausdirection aufgegeben, sie solle nach dem Aufenthaltorte forschen, damit, wenn sie eine Ausländerin sei und ihre Gesundheitsumstände es verstatteten, allenfalls gegen sie nach der Vagabundenordnung verfahren werden könne.

Die Auswärtigen spielen in der Aufnahmeziffer der Anstalt keine große Rolle, was bei der geringen Anzahl der zur Verfügung stehenden Anstalten auffällt. Daß Auswärtige die doppelten Kosten zu zahlen hatten, mag wohl dafür die Erklärung abgeben. Am meisten lieferte noch Hildesheim, die spätere Nachfolgerin Celles im Sitze der Anstalt.

So bat 1791 die Hildesheimische Regierung, man möge, da im dortseitigen Lande kein sicherer Aufenthalt sei, die nachbarliche Freundschaft bezeugen, den p. Voss nach Celle, wo bekanntlich für dergleichen Unglückliche der beste und anständigste Aufbewahrungsort etablieret sei, gegen Vergütung der Kosten aufzunehmen.

Ein gewisses Aufsehen erregte 1782 die gleichzeitige Aufnahme eines Ehepaares in die Anstalt.

Der Ehemann, ein Brinksitzer, war leutescheu und nur mit Zwang zur Arbeit zu bringen. Nach Aussage des Arztes hatte er eine melancholia circa quaedam objecta und war immer äußerst mißtrauisch. Die Frau hatte, nachdem sie an Phrenitis gelitten und eine Manie bekommen hatte, zuerst Anfälle von wütendem Wahnsinn gehabt und sich sehr ungebührlich an-



gestellet. Dann bekam sie aber eine stille Melancholie, glaubte sich versündigt zu haben, „windete die Hände", trug keine Kleider und ging unter tiefen Gemütsbewegungen im Hause herum, bis sie aus Eifersucht den lärmenden Wahnsinn bekam, weil der Mann ihr den Beischlaf verweigerte. Beide Eheleute waren vorzüglich gesund und hatten eine ausgezeichnete Neigung zum Essen. Obgleich beiden die schlechteste Prognose gestellt wurde, bekamen sie ihren Verstand wieder und wurden 1784 entlassen. Der Landdrost hatte sich allerdings besonders um ihre Zurückkunft bemüht, „da sie gute und fromme Untertanen waren".

Wie auch in unseren menschenfreundlichen und uneigennützigen Tagen in jeder wohlgeordneten Anstalt die G e l d f r a g e die Gemüter aller Beteiligten erfüllt, so auch dazumalen. Die Verrechnung war nicht ohne alle Schwierigkeiten, da es ja „für dergleichen Elende" mehrere Klassen gab. Das Gros der „Inhaftierten" wurde in der g e m e i n s t e n K l a s s e des Zuchthauses verpflegt, für jeden „gemeinen Inhaftierten" mußten 28 Reichsthaler im Jahre bezahlt werden, wozu dann noch 5 Thaler Hausgelder kamen.

Das genügte aber nicht immer, zumal „die gewöhnliche Kost nicht Jedem konvenierte". Manche Verwandte wollten „den ohnehin traurigen Zustand der Kranken durch eine verhältnismäßig gute Verpflegung so viel als möglich erleichtern." „Ihr muß nichts abgehen als der Luxus und die bisher ausschweifende Freyheit."

Wenn daher die Kranken etwas davon hatten („er könnte die erste Verbesserung bezahlen, doch ist er zur Zeit so in Raserey, daß vieles erspart werden könnte, wenn er seinen Aufenthalt in einer der o r d i - n a i r e n C o j e n bekäme"), so ließ man ihnen die verschiedenen Alimentationsverbesserungsklassen angedeihen.

Die erste Alimentationsverbesserung, über die schon berichtet ist, kostete im Jahre 40, die zweite 52, die dritte 65, die vierte 78 Thaler. Bei der 3. bestand kein Unterschied in den Speisen, „da der Speisemeister aus eigener Gutwilligkeit die 2. und 3. Verbesserung egalisiert hatte, nur wurde täglich ein Quartier Rothbier mehr verabfolget. (Sie wurde 1790 für keinen Inhaftierten bezahlt.)

Bei der 4. Verbesserung, an der sich 1790 zwo Inhaftierte delectierten, reichte man Braten und kleine Nebengerichte dar. Doch gestand der Zuchthauskommissarius offenherzig, daß der Unterschied in den verschiedenen Verbesserungen nicht groß sei m i t R ü c k - s i c h t a u f die hohen Fleisch- und Butterpreise, der zu verabfolgenden



Betten, der Wäsche und der Zimmergeräte, worüber der Speisemeister oft lamentieret hatte."

Dazu kamen noch eine Menge Nebenausgaben. Ein Zimmer im neuen Ausbau wurde mit 12 Thalern im Jahre bezahlt, das Heizen mit 12. Kaffee (bezw. Thee) mit Zucker und Milch erforderten nur die Mühe der Zubereitung für Morgens und Nachmittags, ungefähr je 12 Thaler. Die Wäsche mußte der Speisemeister mitliefern. „Eine eigene Aufwärterin, die Tag und Nacht mit im Zimmer bleibt, wozu man sich eine gut betragene Züchtlingin zu nehmen pflegt, so erhält dieselbe vor ihre Mühewaltung wenigstens vierteljährlich 24 mgr. zum douceur und wegen ihres Abganges von ihrer Arbeit werden wöchentlich 3 mgr. in das Verdienstregister bezahlt."

Einen wichtigen Posten stellt die Medizin dar, die fast in keiner Rechnung fehlt, und deren Kosten manchmal die der besonderen Nahrungsmittel übersteigen. Sehr wechselnd sind die Ausgaben für Kleidung. Man hatte mit dem Kaufmann Jochmus in Celle einen Contract abgeschlossen, nach dem eine Hose zu 30 mgr. 3 Pf., ein Hemd zu 21 mgr. 6 Pf., ein paar Schue mit 1 Rthlr. bezahlt werden mußten. Dazu kamen die Reparaturkosten. Die Ausbesserung eines Camisohls wurde mit 3 mgr. gewertet. Wie genau man es nahm, zeigt ein Betrag von 6 Pf. vor ein Bund Zwirn behufs Ausflickung seines Zeuges. Ein paar Hinterflicken auf die Pantoffeln kostete 1 mgr. 6 Pf. (für jede Rechnung wurden an Copialien 3 Mariengroschen verlangt). Der Aufwand für Kleider hing im wesentlichen davon ab, wieviel Garderobe bei der Aufnahme mitgeliefert worden war.

So klagt der Nachfolger eines Pastors, der die Alimentationskosten für seinen Vorgänger zu tragen hatte, in ergreifender Weise, die Vormünder hätten ihn so schlecht mit Kleidungstücken versorgt, daß er jetzt schon nach den ersten Monaten seines dasigen Aufenthaltes neue haben müsse. „Ferner ist mir auffallend", fuhr der geschädigte Seelenhirte fort, „daß man dem unglücklichen Manne täglich den nicht nur sehr entbehrlichen und theuern sondern auch gemäß dem im Blute und Gehirne kranken Manne äußerst schädlichen Kaffee zu trinken erlaubet. Ich muß die strengste Aufsicht über meine Ausgaben führen".

Dann gab es noch alle möglichen Etzetera, vor allem Milch oder Suppe, die immer zu mehreren Litern täglich verabfolgt wurden. Für die Herren figuriert häufig auf der Rechnung das Rasieren, bei Damen und Herren Schnupftaback. An die „kleinen Zu-



wendungen“ ging man immer nur heran, wenn man sicher war, daß das Geld genügend lange reichte, „da ihn die Entziehung schwer verletzen würde.“ War ein *Überschuß* von den eingezahlten Geldern vorhanden, so ließ man ihm ab und zu etwas zu seiner Ergötzlichkeit zukommen. Gelegentlich setzte man auch ein „Taschengeld“ für Obst, Näschereien und Wein aus.

So gewährte die Regierung für eine begünstigte Kranke zum Morgengetränk und zur Rekreation monatlich einen Thaler: „Es versteht sich aber von selbst, daß so oft und so lange die unglückliche Person in delirio, Ihr das baare Geld an Euch behalten werdet.“

Hatten die Verwandten ordentlich etwas einzuzahlen, dann setzten sie auch wohl einen ganz genauen Plan auf, nach dem die Behandlung geregelt werden sollte:

Wie der Vormund und die Kinder der gemütskranken Frau Pastorin Sch. wünschen, daß sie bei ihrem Aufenthalt möge gehalten werden:

1. Sie genießet die erste Alimentationsverbesserung, bringt aber ein eigenes Bette und Bettücher mit, um allein schlafen zu können. Daß sie mit solchen wahnsinnigen auf ein Zimmer werde gesetzt werden, die sich für ihre Manie am besten schicken, hoffet man von der Direktion.

2. Des Morgens wird ihr hinlänglicher, jedoch nur *dünner* Kaffee und dazu erforderliche Milch und Zucker, auch etwas Brot gereicht und dafür bei jetzigem Preise 12 ggr Lm. bezahlt. Man hofft aber dabei die Fürsorge, daß der Wärter darauf achte, daß der Kaffee ihr nicht von *andern auf dem Zimmer geraubt werde*, die keinen bekommen.

3. Kann man durch Bitten von der Direktion es erhalten, so wünschet der Vormund die ihr nötigen Kleidungstücke schicken zu dürfen.

4. Für die Medizin möchte die Ausgabe wohl wenig betragen, da nach dem Zeugnis so vieler Ärzte und nach den langen und vielen Versuchen, die alle bis auf diese Stunde vergeblich waren, der dortige Medikus es wohl nicht ratsam finden wird, der *Familie noch viele Kosten deshalb zu verursachen*.

5. Wegen der Aufwartung überläßt man es dem mitleidigen Ermessen der Direktion, ob zur Erleichterung und Beruhigung der Patientin eine *eigene Wärterin* erforderlich sei. Sollte aber die Kranke von einer eigenen Aufwärterin wenig oder gar keinen Vorteil und Erleichterung haben, sondern mit den allgemeinen Wärterinnen sich behelfen können, so würde man es gern sehen, wenn diese Kosten erspart werden könnten.

6. Sollte die Arme noch immer eine so große Begierde nach Schnupftabak äußern, wie bisher, und durch denselben einige Beruhigung finden, werden ihr gern einige ℔ jährlich bewilligt, und man setzt dafür jährlich 1 ggr Lm. an, falls man von Seiten der Inspektion es nötig und gut findet.

Zu den unverhofften Ausgaben gehörte der Ersatz der Zehrkosten für den Zuchtknecht, der einem Kranken bei seiner Entweichung nachgesetzt war.

Im Tollhause kam man weder ohne Kosten zur Welt, noch starb man unentgeltlich. Ein daselbst geborenes Kind mußte neben dem Kostgelde der Bademutter 1 Thaler 12 mgr. entrichten. Der Speisemeister bekam für extraordinäre Kost und Feuerung 4 Rthlr. 25 mgr., für Kleidung und Kindtaufe 2 Thlr. 34 mgr. Der Ammenlohn betrug 2 Thaler. Das Kind bekam einen Sohlrock für 16 mgr., eine Schnürbrust für 3 mgr. und ein Paar Strümpfe für 3 mgr. Für die „Verpflegung auf dem letzten Krankenlager" erhielt der Zuchtmeister 1 Thaler, der Sarg verschlang 1 Thaler 18 Groschen, Pastor und Küster liquidierten zusammen 1 Thaler 12 Groschen, und nachdem für Machung der „Kuhle" 9 Mariengroschen entrichtet worden waren, war der letzte Akt des trübseligen Schauspiels geschlossen.

Daß alle diese Kosten von den Verwandten eingezogen wurden, wenn solche vorhanden und solvent waren, versteht sich bei der Pflichttreue der Regierung von selbst. Und ebenso, daß es den meisten Zahlungpflichtigen „herzlich sauer" wurde, die Kosten zu erschwingen. Man klagte über bedrängte Umstände, so daß das Amt die Kosten tragen müsse, man bat dringend um Stundung und wollte vor allem von der Vorausbezahlung befreit werden. Dann lief auch ein anonymer Brief ein, der liebevoll drauf aufmerksam machte, daß der also Lamentierende selbst herrlich und in Freuden lebe.

Einmal leisten die Angehörigen eine einmalige Einzahlung von 800 Thaler, von der die lebenslängliche Unterhaltung bestritten werden solle. Im Falle der Entlassung solle der Kranken eine Rente gezahlt werden.

Auf eine etwas eigenartige Methode wurde für die Schwester eines Drosten gesorgt, indem man die Unterhaltungskosten an zwei Kaufleute in Celle verdingte. Sie ließen sich den Taufschein geben und brachten nach langem Hin- und Herhandeln eine Rentabilitätsberechnung nach Art der Hamburger Lebensversicherungsgesellschaft zusammen, wobei die Frage sehr ausführlich erörtert wurde, ob die Wahnsinnigen länger oder kürzer lebten als geistig Gesunde.

Selten einmal, daß es dem Zuchthauskommissarius gelang, eine vornehme Dame zur „Übernahme der Mildthätigkeit" zu veranlassen. noch seltener, daß ein „unbekannter Menschenfreund" die Kosten

übernahm. Der Oberforstmeister Voß, der einmal aus Mitleid für einen Untergebenen die Kosten übernommen hatte, verschwor sich später hoch und heilig, das nie mehr wieder zu tun. Denn als jener zum 2. Male erkrankt war, stritt sich der Flecken mit ihm herum, da er durch die Zahlung seine Verpflichtung dazu anerkannt habe.

Stand „sonst kein milder Fonds" zur Verfügung und war die Frage, ob dem foro domicilii oder dem foro originis die Alimentationskosten auferlegt werden sollten, zu Ungunsten des betrübten Amtes entschieden, so erschallen nicht minder bekümmerte Klagen, daß es ihm sehr schwer falle, da die Zeiten so schlecht und gerade sie die ärmste Gemeinde seien. Die Beamten mußten das Geld in Gestalt einer Nebenanlage von den „kontribuablen Amts-Unterthanen" einziehen, nachdem eine Repartition vorgenommen worden war. Diese Eintreibung war sehr mühselig und kam mehrere Male erst zu stande, wenn schon längst die Entlassung erfolgt war. Von dem oft vorgeschlagenen Versuche, die Kosten durch „Versilberung der zurückgelassenen Habseligkeiten" zu mindern, riet die Zuchthausdirection auf das nachdrücklichste ab, da bei einer etwaigen Entlassung dadurch die Gefahr eines Rückfalles vergrößert werde.

Zahlen die Ämter nicht pünktlich, und das kam öfters vor, dann beschwerte sich die Zuchthausverwaltung nach mehreren Tretbriefen bei der Regierung, die das Behufige als ultima ratio — Verdoppelung der Beträge — verfügte.

Einmal weigerten sich die Amtsuntertanen überhaupt, die „Züchtlingsgelder" zu zahlen, da der Betreffende gar nicht so unklug sei, als er zu sein schiene.

Über die Entlassung der Wahnsinnigen ist in den Cellenser Akten gar manches Fläschlein Tinte vergossen. Die Erwägungen, die uns jetzt so oft den Kopf warm machen, haben auch damals alle Beteiligten beschäftigt. Wie heutzutage sehnten sich viele Kranke darnach, „aus ihrem hiesigen unangenehmen Aufenthalte entlassen zu werden".

Trotzig schreibt Bredemeyer: „Ich habe mir eine Supplikation machen lassen, da ich nunmehro meinen völligen Verstand habe und des Zuchthaußes sehr müde bin. Es hat mir der Doctor mehrmalen nicht für wahnsinnig befunden und frey gesprochen, zumahlen ich auch für den Herrn Pastor auf dem Zuchthauße zur Aufwartung täglich bin, also kann ich auch mein Brot allerwärts verdienen."



Die Verwandten bemühten sich, wenn die Kranken nett waren, um die Freilassung. Nicht minder die Dienstherrschaft, bei dem damals herrschenden Dienstbotenmangel, „da sie nicht wegen Verbrechens zum Zuchthause verurteilt sei, sondern leider wegen Wahnsinns".

— — — „Catharina hat niemals etwas von der französischen Revolution gehört. Aber sie kann es derselben zuschreiben, und ihr dankbar sein, daß sie ihre Befreiung erleichtert. Ohne sie wäre jetzt der unglaubliche Mangel an Knechten nicht, welche auch die Mägde in ihrem Werte erhöhet. Wenn sie aber ihre albernen Streiche von neuem anfangen sollte, so müssen wir uns die Retirade nach Celle ausdrücklich vorbehalten."

Obgleich man erwarten sollte, daß die Ämter mit Rücksicht auf die Kosten mehr auf die Entlassung gedrängt hätten, — wie das auch nicht selten zum Ausdrucke kommt:

„Da Unterhaltungskosten dem Amte sehr schwer fallen, wird angefragt, ob seine Gemütsstimmung der Art sey, daß er allenfalls bey rechtlichen Leuten in Aufsicht und Beköstigung verdungen werden könne."

so zeigen sie gerade so oft eine deutliche Reserve:

„Da es platterdings zu befürchten ist, daß der Entlassene durch Hunger und Not wieder zu bösen Entschlüssen gebracht würde, wünscht das Amt der Wiederherstellung mehr versichert zu sein, bis die Vernunft erst zu mehrerer Stärke gelangt und von der Wiederkehr vormaliger Eindrücke nicht so leicht eine nachteilige Wirkung zu befürchten sey." Oder das Amt hat in milder Güte nichts gegen die Entlassung einzuwenden, wenn sie anderswohin kommt und Aussicht ist, daß sie sich selbst gouvernieren könne. Im übrigen muß sie der Umstand, daß sie keiner Übelthat wegen sondern wegen Mangels an Verstandes Kräften dort aufbehalten wird, beruhigen.

Auch die Regierung, mochte sie auch später erklären, „daß sie bey der jetzigen Überfüllung des Zuchthaußes je ehender, je lieber entlassen werden sollte", trug in die Entlassungsbestrebungen oft ein zügelndes und hemmendes Element hinein. Sie sah darauf, daß „alle billigen Bedenklichkeiten bei der Entlassung behoben würden".

Als Peter Vinx 1773 entlassen werden sollte, hielt es die Regierung für nötig, solche Umstände zu prüfen und ans Licht zu ziehen. Dem Amte wurden die Akten zugeschickt, um zu prüfen, ob selbiger loszulassen sey. Dieses eröffnete der Ehefrau, „man wolle ihn in Gnaden entlassen, wenn sich dagegen keine merklichen Einwendungen hervorgäben."

Sehr konsequent scheint die Regierung nicht gewesen zu sein. Hatte sie in einem Falle schon zwey Monate nach der Aufnahme angefragt,

ob er wahnsinnig oder nur melancholisch sey, maßen einiger Anschein vorhanden seyn solle, diesen Menschen auch außerhalb des Zuchthauses von seiner Melancholie zu heilen, so fragte sie wegen einer anderen Kranken, von der Zuchthausinspector und Arzt erklärt hatten, sie sei völlig geheilt, beim Amte an, da bey der Entlassung solcher Personen Vorsicht zu beobachten sey. Als Niemand sie aufnehmen wollte, fand die Regierung es bedenklich, sie in Freiheit und damit der Gefahr eines Rückfalls bloß zu stellen. Sie blieb in der Anstalt.

Besonders genau nahm sie es, wenn die Entlassung Wiederaufgenommener beantragt wurde:

„Die mit selbigem angestellten Proben haben ergeben, daß selbiger der ihm gegönnt gewesenen Freyheit sich nicht zu gebrauchen gewußt, jedes mahl wieder in Thorheiten und Excesse und so vollends wieder in Wahnsinn gerathen sey. So soll dieser Mensch ferner in Gewahrsam des Zuchthauses bleiben."

Wenn die Verwaltung des Zuchthauses bei den meisten Kranken nach verhältnismäßig kurzer Zeit aus eigenem Antriebe auf die Entlassung drängte, so spricht das wieder in erster Linie für ihre Menschenfreundlichkeit:

„Die Menschenliebe gebietet, einem solchen Menschen nach vollendeter Cur den Aufenthalt, der gesund auch bey der besten Behandlung und liebreichstem Verfahren der Vorgesetzten des Institutes dennoch traurig bleiben muß, abzukürzen, auch die Unterhaltungskosten nicht über Gebühr groß werden zu lassen."

Zweifellos hat die dauernde Überfüllung der Anstalt dazu beigetragen, sich „durch die unangenehme hiesige Lage dieser Persohn zum Mitleid bewegen zu lassen."

Manchen Kranken noch hätte sie gerne entlassen, „wenn er eine Probe von mehreren Jahren ausgehalten hatte, aber es fehlte an Unterkommen". Zwar rechnete man mit der Eventualität eines Rückfalles, aber

„man kann doch nicht einen neuen Anfall für ganz sicher ansehen und ihn darum auf Lebenszeit bey dem Anscheine einer völligen Gesundheit hier eingekerkert erhalten."

Drängten die Angehörigen zu unvernünftig auf Entlassung, so riet das Zuchthaus andererseits auch wieder ab, „da jener noch blödsinnig sei und sich bei der Arbeit nicht emsig zeige". Man war erst recht vorsichtig, „wenn sein äußeres Verhalten regulair, aber ein uns eigenthümlich scheinender schüchterner Blick im Auge seynen Gemüthszustand zweifelhaft macht." Um so energischer wirkte man



für die Entlassung, wenn man sich mit den Schlußfolgerungen der Aufnahmeatteste nicht hatte anfreunden können.

„Er ist keineswegs als ein Wahnsinniger, sondern muß als ein solcher angesehen worden, dessen Seelenkräfte äußerst schwach sind.“ Er hätte einer ihm anklebenden Verstandesschwäche ohngeachtet schon lange wieder in Freyheit gesetzt werden können. „Das Publicum darf wenig von der Witwe Schultzen befürchten, da man niemals Boßheit oder Beyspiele zu schaden an ihr verspühret hat. Höchstens würde sie durch schmutzige oder schlechte Kleidung der Ehre ihrer Verwandten nachteilig seyn.“

Doch suchte man sich in nicht ganz einwandfreien Fällen etwas den Rücken zu decken, auch wenn man behauptete, „sie sey von der gehabten maladie glücklich curieret“, und bat, einen Wahnsinnigen, gegen dessen Entlassung die Regierung sich sträubte, „mit Wiederschenkung der Freyheit zu beglücken, obgleich wir uns bey Personen dieser Art vor unerwartete widrige Ereignisse oder gar Rückfälle in die vorige Krankheit nicht verbürgen können.“

Selbstverständlich ging es hierbei nicht ohne den Beistand des getreuen Zuchthausarztes ab, der fast ausnahmlos um ein Gutachten ersucht wurde. Energisch ging er ans Werk, explorierte den Kranken, legte viel Wert auf die Krankheiteinsicht („sie redet vernünftig über ihren früheren Zustand“) und stellte allerhand Proben mit ihnen an. So wurde einer eifersüchten Frau der Ehemann gezeiget. Halten wir uns die geistsprühenden individualisierenden Gutachten vor Augen, die wir bei den Anfragen von Staatsanwälten usw. jetzt von uns geben, so will es uns anmuten, als hätten die Zuchthausmedizi einem höchst verwerflichen Schematismus gehuldigt. Die meisten Gutachten haben eine unleugbare Familienähnlichkeit untereinander. Wenn sie sich fast immer, trotz aller übeln Erfahrungen bei früheren Entlassungen, für die Entlassung aussprechen, so wäre es höchst unziemlich, wenn in unserem Busen der Gedanke keimte, daß dies seinen tieferen Grund in der Bestimmung gehabt hätte, daß für jeden geheilten Kranken dem Arzte ein Douceur gereicht wurde.

Ausnahmen sind es, wenn man liest:

Sie hat gerade Suppressio mensium. Da die vorigen Male gerade diese, besonders, wenn sie sich dieser Ursach wegen Blut gelassen hat, den Ausbruch der Krankheit erreget, so kann ich sie gerade jetzt nicht für gesund erklären. (Später erklärte der Kollege sie für gesund, worauf sie natürlich 10 Tage vor der geplanten Entlassung einen Rückfall bekam.)



Sonst kamen die Medici zu weit positiveren Ergebnissen:

„Als bei angestellter genauerer Untersuchung ..... festgestellt ist, daß derselbe nicht nur jetzt, sondern schon einige Zeit eher bei völliger Vernunft sich wieder gesund befindet und von einigem Wahnwitze nichts mehr an Ihm zu bemerken, als halte davor, daß derselbe mit völliger Sicherheit looß gelassen und den Seinigen zugesandt werden könte, Welches als ordentlicher Arzt anbei bezeuge."

Oder man kam auf Heilung mit Defect ab:

„Bis auf einige Überbleibsel von oftmals übeler Laune und Eigenwille" oder: „bis auf einige Spuren von Blödsinn ist sie vollkommen hergestellt." „— — sie darf nicht zum Zorne gereizzet werden, indessen glaube ich, daß ihr unter gewissen Einschränkungen und Warnungen die Freyheit wieder ertheilet werden könne."

Oder man ging auf eine Specifikation der Gründe ein, die früher die Anstaltbedürftigkeit bedingt hatten.

Ich würde angestanden haben, auf Entlassung der jetzt zum 6. Male in hiesigem Irrenhause befindlichen Struben abermals anzutragen, zumal sie wahrscheinlich aus einem zu großen Hange zum anderen Geschlechte und vielleicht nicht hinlänglich befriedigten zu starken Naturtrieben fast immer sehr bald nach ihrer Wegreise von hier Rückfälle von Verstandesverwirrung bekommen hat, wenn ich nicht glaubte, daß ihr jetzt herangenahtes Alter von 50 Jahren und ihr durch den unglücklichen Verlust des rechten Beines verstümmelter Körper von ihrer vormaligen liederlichen Lebensweise abhalten müsse und dadurch also auch Rückfälle ähnlicher Art in Zukunft vermieden werden würden. Daß sie außer diesem Hause ohne Unterstützung ihren Unterhalt nicht finden kann, kann kein Grund sein, dieselbe als völlig vernünftig noch fernerhin im Irrenhause zurückzubehalten, wenn anders diese Anstalt nicht zum Hospitale gemacht, der Raum im Hause nicht zu sehr beengt und der eigentliche Zweck des hiesigen Irrenhauses nicht ganz verfehlt werden soll.

Bei der Erörterung dieser Frage vergaß man auch nicht die so bedeutsame Dissimulation:

„Es sind keine körperlichen Merkmahle einer verborgenen Melancholischen Krankheit weiter zu entdecken außer einem etwas verwirrten Blicke der Augen. Dieser kann indessen aber sowohl von einer lokalen Schwäche der Augen als von einem gereizten Zustande des Gehirns herrühren, zumahl da sich auf dem einen Auge wirklich ein grauer Staar entsponnen hat".

Auch die Regierung beruft sich, so es ihren Intentionen zuträglich ist, auf diese Gefahr der Dissimulation, um die Entlassung zu hintertreiben. So schrieb sie bei einem Manne, der den Knecht seines Bruders erschlagen hatte:



„Es entsteht sogleich ein Verdacht, daß er zu der Classe solcher Unglücklichen gehöre, denen äußerlich kein Wahnsinn anzusehen ist, die aber im Herzen mit wahnsinnigen Mordgedanken umgehen und als äußerst gefährliche Menschen um so weniger in Freyheit zu lassen sind, wenn sie bereits ein solches Exempel von Blutdurst abgegeben haben." Trotz des Attestes des Dr. *Thaer*, daß nichts zu befürchten sei, wurde Pat. als ein äußerst gefährlicher Wahnsinniger nicht in Freyheit gestellet. Ebensowenig ein Mann, der nach ärztlichem Zeugnisse „trotz unglaublicher Schreib- und Proceßsucht mit Unrecht unter die Wahnsinnigen zu zählen sei. Es sind weder moralische noch physikalische Kennzeichen einiger Gemütskrankheit bei selbigem zu verspüren. Dagegen enthalten zwey Briefe die offenbarsten Beweise eines ganz unveränderlich bei ihm haftenden Irrsinns. Diese ideae fixae könnten leicht in gefährliche Thathandlungen übergehen. Dieser besonders wahnsinnige Mensch ist im Gewahr des Zuchthauses zu behalten".

Interessant ist ein längeres Attest, das 1808 vom Zuchthausprediger über eine Dame ausgestellt wurde:

Das Fräulein v. P. zeigt seit den Jahren meines Hierseins keine anderen Spuren von Geisteszerrüttung, als daß sie glaubt, ehemals Feinde gehabt zu haben, welche sie hätten vergiften wollen. Da diese Idee doch nicht mehr so vorherrschend ist, daß sie einen besonderen Einfluß auf ihre Gemütstimmung zeigte, und da sie durch keine andere Verrücktheit die Ruhe der menschlichen Gesellschaft stören, oder wohl gar ihrer Sicherheit nachteilig werden wird, so scheint es hart zu sein, sie länger im Irrenhause zu detinieren. Da man aber schon wegen eines 26jährigen Aufenthaltes im Irrenhause einen Mangel an Welt- und Menschenkenntnis bei ihr voraussetzen kann, da es ihr an der Einsicht fehlen muß, ihr Vermögen zu konservieren und für ihre Bedürfnisse vernünftig zu sorgen, da sie schon in Jahren ist, wo immer mehr natürliche Schwächen des Geistes und Körpers eintreten, da sie endlich keine nahen Angehörigen hat, so scheint es notwendig, daß in dieser Rücksicht zweckmäßige Verfügungen einer Curatel getroffen werden.

Recht ausgiebig wurde in folgendem Fall das Für und Wider abgewogen.

Das Zuchthaus beantragt die Entlassung, die Regierung beauftragt das Amt zum Behufigen, das Amt fragt die Ehefrau, ob sie etwas zu erinnern habe, da ein Rückfall ihr vor allem nachtheilig sei.

Diese war sehr dafür, wenn er gesund sei, da ihre Verhältnisse sehr bedrängt seien. Da er aber sehr nachdenkern sey, fürchte sie, wenn er die schlechten Verhältnisse zu Hause sehe, werde er gleich wieder in den vorigen Wahnsinn verfallen. Sie wisse nicht, was sie thun solle und bitte

das Amt, ihr zu raten. Ihr wurde erklärt, es komme darauf an, ob sie es wagen wolle. Als sie bitterlich weinend weiter um Rat bat, fand man sie mit der Resolution ab, daß an Königliche Regierung berichtet werden solle.

Wieder beantragt das Zuchthaus die Befreyung, da der Kranke nur auf kurze Zeit wahnsinnig gewesen sei, in der übrigen Zeit aber als ehrlicher und rechtschaffener Mann betrachtet werden könne. „Wir müssen hoffen, daß man bei etwa erfolgenden Rezidiven sowohl von Seiten seiner Obrigkeit ein mit Vorsicht verbundenes Mitleiden, als von Seiten seiner Familie die Geduld, die zur Ertragung jedes vorübergehenden Leidens erforderlich ist, auf die kurze Zeit das Paroxysmi haben werde." Trotzdem resolvierte hohe Regierung: Wegen schlechter Beschaffenheit des Hauswesens bey sonstigen Bedenklichkeiten und der Besorgnis, daß dieser Mensch bei gewißen sein Gemüth affizierenden Veranlassungen sehr leicht in Wahnsinn und selbst in Wut gerät, soll die Entlassung nicht eher bewilliget werden, bis uns die völlige Überzeugung gemacht wird, daß der Mensch ohne jede Gefahr freygelassen werden könne. Darauf wieder das Zuchthaus: Wir haben ihm den schlechten Zustand des Hauswesens geschildert. Das erzeugte keine andere Wirkung als Schmerz, wie bei jedem vernünftigen Manne. Das hat uns in der Überzeugung bestärkt, daß sein Übel bloß in einem vorübergehenden Zorne bestanden. Wir können für den Gebrauch seiner Vernunft mit eben der Sicherheit einstehen, wie für jeden nie wahnsinnig gewesenen.

Regierung: Alles, was ihr anführet, ist nicht von dem Gewichte, daß die ganze Reihe von factis, um welcher willen der unglückliche Mensch hat zu Gewahrsam gebracht werden müssen, für einen vorübergehenden Zorn angesehen werden könne. Auch ist in dem Schreiben des Amtes keine Änderung von Meinung anzutreffen, als ihr seine Gedanken verstellet. Es findet auf Veranlassung eines neuen Vorfalles, da eine wahnsinnige Mutter ihr 4jähriges Kind ermordet hat, jedes Gesuch dieser Art bedenklich. Trotzdem willigte sie in die Entlassung ein, doch mußte der Hofmedikus *Thaer* nochmals befraget werden. Der ließ sich aus: Der erste Anfall bestand in einer wahren Manie, welche von einer zurückgetriebenen Krätze entstanden sei. Nachdem diese wieder herausgekommen sei, hätte der Wahnsinn aufgehöret. Da die Ursache fort sei, brauche man keinen Rückfall zu befürchten. Der Kranke kam bald wieder nach Celle!

In nachdrücklichster Weise diente die Regierung der Mutter As. und Consorten. Sie hatten beantragt, ihn gegen Caution als einen angeblich mit einigem Wahnsinn nicht behafteten Menschen zu entlassen und zu diesem Zwecke das Attest des Heimatpastors eingereicht. Energisch replizierte die Regierung: Er sei nicht nur auf bloße Anzeigen seines Betragens vor Gericht und einiger eine wahre Gemütsverrückung verratenden

Skripturen aufgenommen worden. Es sey jetzt auch noch gefährlich, ihn auf eigene Füße zu stellen. Die Gefahr solcher des rechten Gebrauches des Verstandes beraubten Personen lasse sich nach Graden nicht bestimmen, eine Caution könne schlechterdings nicht angenommen werden. „Das von dem Prediger Seelhorst ausgestellete und für das Fürbringen der Supplikanten nicht das mindeste beweisende Zeugnis solle selbigen zurückgegeben werden. Wenn sie sagten, er sey als ein vernünftiger Mensch in und außerhalb des Zuchthauses selbst von dem Inspector, Stallmeister E., zu allerley Arbeit und Verrichtung angestellet, welcher attestieren werde, daß nicht die mindeste Spur von Wahnsinn an A. zu bemerken und selbiger zu jedermanns größestem Befremden vernünftig sey, so bleibt denen Supplikanten darauf unverhalten, daß, so viel die vernünftige Verrichtung der Arbeit anbetrifft, solches leider die Wiederherstellung seiner Vernunft nicht beweise, immaßen geweniglich mehrere Menschen im Zuchthause sind, denen ihr höchst unglücklicher Zustand wenig und selten äußerlich anzusehen ist und die gleich vernünftigen Menschen, ihnen selbst zum besten, zu allerhand Arbeit angestellet werden.

Endlich wird den Supplikanten annoch zu ihrer Beruhigung eröffnet, daß die bey dem Zuchthause bestellten Ärzte und Vorsteher von jeher angewiesen sind, Bericht dann abzustatten, wenn selbige dafür halten, daß ein wahnsinniger Mensch im Zuchthause so weit wiederhergestellet sey, daß er ohne Gefahr für sich und das publicum wieder frey gegeben werden könne. Nur das solchem und der beständigen höheren Aufsicht zufolge, welche von Königlicher Regierung auf das Zuchthaus unablässig gehalten wird, mehrgedachter A., so bald selbiger vom Wahnsinn genesen und wiederum zur Ruhe und Vernunft zurückkehren möchte, ohne alles Zuthun der Supplikanten wiederum aus seiner bisherigen Aufsicht zu den seinigen zurückkommen, ihr ferneres Supplicieren aber vergeblich seyn werde.

Nach Möglichkeit suchte man durch eine Regelung der Verhältnisse, in die der Entlassene kam, einem Rückfalle vorzubeugen.

Die noch nicht aufgehobene fixe Idee einer vormals erlittenen Vergiftung kann gedachtes Fräulein zu einer ferneren Detention überall nicht qualificieren. Weil aber eine solche Idee unter andern konkurrierenden Umständen einen stärkeren Rückfall in Wahnsinn veranlassen kann, so muß es uns angenehm sein, wenn wir zugleich anzeigen können, daß ihr ein guter Aufenthaltsort auch sogleich nicht fehle.

Manchmal nahm man an, daß als Übergang zur Freiheit oder auch zum dauernden Ersatze des Zuchthauses eine Art Hospital für alte oder gebrechliche Personen vorhanden sein müsse. In der Regel



allerdings kamen sie in den Kreis der Familie zurück. War eine solche nicht vorhanden, — oder hatte sie keine Lust — —, dann gab man sie „auf wohlfeile Art bei zuverlässigen Leuten oder auf andere Weise in die Kost.

„Wir wollen sie in ein Privatgewahrsam unterbringen, wo ihr Unterhalt weniger kosten wird wie im Zuchthause."

Manche dieser Pflegeeltern erklärten zwar, „sie würden sie behandeln wie eine Mutter und ihr das bischen übrige Erdenleben gewis sehr versüßen", „die meisten aber scheuten sich, solche Persohnen ins Hauß zu nehmen." Meist mußte man sie für 10—30 Thaler im Jahr in Kost geben. Das nannte man sinniger Weise eine Versteigerung.

Als radikalstes Mittel aber, um dem Zuchthause im Rückfalle die Behandlung zu erschweren, „genehmigte man gnädig die Entlassung unter der Bedingung, daß er versprechen mußte, sich sofort in das Hildesheimische oder Braunschweigische zu begeben". Man begründete das in vornehm-sorglicher Weise damit, „daß ihnen dann die Gegenstände, die sie sonst vor Augen gehabt hatten, ganz fehlen würden".

„Auch ist er dort nicht so bekannt, wie hier, und wird eher eine Condition finden." In Wahrheit hatte man wohl denselben frommen Wunsch wie bei dem Podendorff: „Da er in bessere Gesundheitzustände gekommen ist, so kann er allenfalls in Kriegsdienste gehen, so kommt er dann wenigstens vorerst nicht wieder zurück."

In der neuen Umgebung suchte man ihre Lage möglichst ideal zu gestalten. Man gewährte ihnen eine Geldunterstützung, da durch die Entlastung der Justizkasse eine weit größere Summe erspart wird. Für einen entlassenen Soldaten suchte man eine Pension zu erwirken, über deren Verweigerung der Entlassene „sehr verlegen war". Man verschaffte ihm Arbeit und brachte ihn in entsprechende Stellungen.

„Sie läßt sich außer der Arbeit alles gefallen. Sollte sie von ihren Verwandten dahin gebracht werden, daß sie sich in freyer Luft mit Arbeiten beschäftigt, so wird dies besser sein wie alle Medikamente sitzender Lebensweise."

Man suchte ebenso alle Widerwärtigkeiten zu eliminieren.

„Seine Angehörigen müssen bey Aufwallungen seines Stolzes und seines Zornes ihn nicht reitzen, sondern sanftmütig zureden" — — „Dem ...nte muß aufgegeben werden, auf seine häusliche Lage zu achten und ...e Mishelligkeiten aus dem Wege zu räumen." „Man muß in der Ferne ...ch ein wachsames Auge auf sein Betragen haben."



Oder man appellierte an ihre im Zuchthause erstarkte Willenskraft:

„Die Frau mußte heilig versichern, daß sie sich dergleichen nicht mehr zu Schulden kommen lassen werde.“ Eine Querulantin, die zwar vollkommen vernünftig war, aber schwache Seelenkräfte hatte und manchmal im Verstande völlig verwirrt war, mußte vor ihrer Entlassung geloben, daß sie nie gegen ihre Gegner vorgehen werde. Ein alter Säufer schwor, den Genuß hitziger Getränke in Zukunft zu meiden.

Außerdem gab man ärztliche Anweisungen mit:

„Bei einem Rückfalle solle er Brechmittel und darauf kühlende Abführungen geben und, wenn dies nicht hinreiche, sofort zum Arzte schicken.“ — — „Wenn man ihn dann nicht sofort in ein unterirdisches Gefängnis einsperrt und sogleich nach dem Zuchthause schicket, wird ein solcher Anfall bald vorübergehen.“

Von vornherein sorgte man auch dafür, daß sie nicht ohne die nötige Aufsicht blieben.

„Wir erwarten, daß ihr fernerweit ein obrigkeitliches Augenmerk darauf richtet, daß M., der einer müßigen und ausschweifenden Lebensart zugetan gewesen ist, sich künftig ordentlich betrage. Sollte wieder Verhoffen das vorige Übel der Manie sich wieder an ihm äußern und zu gefährlichen Aussichten Anlaß geben, so werdet ihr ihn festsetzen lassen.“

Den Angehörigen, die sich verpflichten mußten, für sein weiteres und sicheres Unterkommen unausbleiblich zu sorgen, und für alle Fahrlässigkeit zu haften hatten, wurde zur Belohnung dafür eine Beisteuer aus der Königlichen Cammer bewilliget.

Mehrere Male wünscht die Regierung, daß ein dasiger Arzt einiges Augenmerk auf ihn richte.

Die Entlassung eines Cellensers wurde durch die Erwägung sehr beschleunigt, daß er in der Nähe des Zuchthauses wohnte, sodaß er unter der fortgesetzten Aufsicht des Arztes blieb und im Rückfalle sofort wieder eingezogen werden konnte.

Wie gut es ist, wenn man Beziehungen hat, beweist ein adeliges Fräulein, die nicht geheilt, sondern nur wesentlich gebessert war. Alle Beteiligten verwandten sich dafür, daß eine Züchtlingin, die sie aufopferungvoll gepflegt hatte, sie auch an ihrem neuen Aufenthaltorte als ihre Dienstmagd unter Aufsicht behielte. Da jene aber zu lebenslänglichem Zuchthause verurteilt war, wurde eine Begnadigung erforderlich. Mit Rücksicht darauf, daß sie schon eine Strafe von 26 Jahren abgemacht hatte und man eine 20jährige der lebenslänglichen gleich rechnete, daß sie sich sehr gut geführt hatte und eine so paßliche Wärterin sonst nicht zu



bekommen war, erfolgte die Begnadigung als Beweis für den damals herrschenden Wärterinnenmangel.

War alles in Ordnung, dann „genehmigte die Regierung die Loslassung und gab anheim, durch Correspondenz mit dem Amte dafür zu sorgen, daß er bedürfendenfalls von den Seinen abgeholt werde." Das schrieb denn an das Zuchthaus:

„Ich bitte, dem Überbringer Dieses die gedachte Person verabfolgen zu lassen. Ihr werdet sie den Händen derjenigen anvertrauen, die Euch das gegenwärtige Rescriptum zustellen werden, als welche angewiesen sind, diese Persohn unter sicherer Aufsicht auf einem Wagen abzuholen."

Zum Rücktransporte bestimmte man außer den Verwandten einen „sinnigen Mann". Oder man wartete ab, bis ein Züchtling, der in der Nähe des künftigen Aufenthaltortes wohnte, zur Entlassung kam, der ihn dann mitnahm. In späteren Jahren wurden sie auch durch Gensdarmeriekorrespondenz von Brigade zu Brigade nach Hause befördert, wobei die Gensdarmen bei Entweichungsversuchen zu denselben Maßregeln wie bei Gefangenen berechtigt waren.

Waren sie angekommen, so sollten sie sofort davon Nachricht geben.

Als dies einmal nicht geschah und das Amt dahinter gesetzt wurde, entschuldigte es ihn, er habe sofort angefangen, Kartoffeln zu roden und demgemäß keine Zeit gehabt, Nachricht zu geben. Für das innige Verhältnis zwischen Zuchthausverwaltung und Ärzten spricht der Brief eines entlassenen Kranken, in dem er für die gute Behandlung dankt und dem Inspektor und seiner Familie alles gute Wohlergehen wünscht und mit schönster Begrüßung zeichnet.

Obgleich man flehte, „die Vorsehung möge den betrübten Rückfall verhüten", obgleich die Kranken sich zu Hause große Mühe gaben, um nicht wieder dahin zu kommen, kam es leider sehr oft dazu, daß es nötig wurde, „sie wieder einziehen zu lassen."

Nachdem ich lange Proben mit ihm angestellt hatte, war er so kurz von der Hand und äußerte sich so wunderlich, daß mir nicht wohl bei der Sache wurde, und daß ich um sofortige Angabe von Vorbeugungsmaßregeln bitte.

Um die Formalitäten der Wiederaufnahme abzukürzen, bediente man sich von 1780 ab sehr häufig der interimistischen Entlassung. Der so Entlassene konnte jedezeit brevi manu wieder aufgenommen und auf dem alten Fuße unterhalten werden, sobald er Spuren des früheren Wahnsinns zeigte und sich durch



die Amtsdeputierten nicht vom Unfug abhalten ließ. Noch nach 8 Jahren werden solche versuchweise Entlassene ohne alle Formalitäten der Anstalt wieder zugeführt.

Erst später wurde verlangt, daß bei einer derartigen Wiederaufnahme entweder ein obrigkeitliches oder ein ärztliches Zeugnis gebracht werden müsse. Es konnte eben zu leicht mit dieser bequemen Methode Mißbrauch getrieben werden:

Als 1788 Ahrens, der entwichen und interimistisch zu Hause gelassen war, wobei er sub cura publica verblieb, nach Aussage der Frau wieder Zeichen von Wahnsinn zeigte, beantragte das Zuchthaus eine Vernehmung, bat aber, diese geheim zu halten, da er sich sonst davon machen und alle mögliche Bosheit ausüben werde. Auf sein Anraten zog die Witwe Sommern, gegen die sich A.s eigentlicher Unwille richtete, aus seinem Hause fort. Als er gar sein jüngstes Kind verlangte, um es zu töten, mußte der Geschworene Schmidt ihm aufpassen, worauf das Amt beschloß, ihn sofort in aller Stille aufzuheben und ins Zuchthaus bringen zu lassen. Dieses gab anheim, ihn vorher in das weiße Haus zu bringen und vom Landphysikus ein Visum repertum ausfertigen zu lassen, „damit man uns nicht eines übereilten Verfahrens beschuldigen möge". Am 5. Dezember 1888 fand der Hofmedikus Dr. *Taube* ihn bei völligem Verstande und verweigerte das Visum repertum.

Am 9. Dezember schreibt selbiger Hofmedikus: „Da ich äußerlich höre, daß er glühende Torffaschen verstreuet und damit den Brand seines Stalles bewirket habe, so gebe ich anheim, ob, da derselbe an langem Wahnsinn laboriert und periodische Rückfälle gehabt hat, da man in solchen zweifelhaften Fällen nicht vorsichtig genug sein könne, sich seiner zu versichern."

Als er dem Zuchthause überwiesen wird, verlangt dieses eine genauere Feststellung der Anstaltbedürftigkeit. Das Amt gab zu, daß nichts erwiesen werden könne, berief sich aber auf die vielen ungestümen Klagen der Ehefrau und wälzte im Falle einer Loslassung die Verantwortung für die nicht zu übersehenden Folgen seines Verhaltens ab.

Das Zuchthaus beschwerte sich bei der Regierung, man habe noch nie etwas auf ihn bringen können, was ihn zuchthausfähig mache. Da die Einsperrung in das Zuchthaus doch sehr triftige Gründe voraussetze und ihn in die traurigsten Tage bringe, sei man sehr verlegen in der Besorgnis, die gnädigst verliehene Erlaubnis zu misbrauchen. Die Regierung hatte nichts zu erinnern, da in dergleichen Fällen nicht genug Vorsicht beobachtet werden könne. Eine neue Untersuchung konnte nicht feststellen, ob er das Feuer angelegt habe, sie ließ auch im Zweifel, ob sein ungestümes Verhalten ein Überrest vormaligen Wahnsinns oder schon ehedem in ihm bemerkten bösen Willens sei.



Regierung: Er solle zur Beruhigung seiner Nachbaren im Gewahrsam bleiben.

Am 25. Juni 1789 verblieb das Zuchthaus in seinem Berichte dabei, daß A. überall nichts vom Wahnsinn in seiner Gemütsbeschaffenheit gezeigt habe, nur sei er wegen unverschuldeter Einkerkerung oft schwermütig. Dr. *Thaer* bescheinigte, daß er früher wegen melancholischer Grillen im Zuchthause gewesen sei, jetzt aber nur wegen eines Verdachtes, er zeige nicht die geringste Spur einer Verrückung und sei ohne allen Verdacht eines verborgenen Wahnsinnes. Erst nachdem er versprochen hatte, fortzuziehen, wurde er am 4. September 1789 entlassen.

Bei der innigen Verbindung zwischen Zuchthaus und Irrenanstalt sollte man denken, daß gerade den verbrecherischen Geisteskranken oder geisteskranken Verbrechern, bei denen das Gericht sich mit der Frage der Zurechnungfähigkeit zu befassen hatte, dieser Connex und die erleichterte Möglichkeit eines Wechsels zu statten gekommen wäre. Es ist ziemlich selten von ihnen die Rede, mag man nun nicht viele Worte über sie verloren haben oder mag die Frage vor Gericht nicht so häufig angeschnitten worden sein, wie heutzutage.

Einmal wird das bei der Einlieferung einer Frau erwähnt, die wegen Kindsmordes freigesprochen war, da sie weder imputationsfähig noch auf irgend eine andere Weise strafbar sei — — Als Tietje wegen Pferdediebstahls in Haft und Inquisition geraten ist, hält die Königl. Justizkanzlei dafür, daß bei selbigem von einem im vorigen Jahre erlittenen Wahnsinne eine gewisse Stupidität zurückgeblieben sei, weshalb er nicht für inkulpationsfähig angesehen werden könne. Da er im Arreste beständig nackend dalag und eine außerordentliche Freßbegierde zeigte, sollte er zur Sicherheit des publici in den Gewahrsam des Zuchthaußes aufgenommen werden. Da er ein Auswärtiger war, sollten die Unterhaltungskosten als onus jurisdictionis der Königlichen Kammer in Ausgabe gestellt werden. Nach vollständiger Genesung soll wegen seiner Dimittierung und Transportierung über die Grenze das Nötige verfüget werden.

1799 war der Vagabonde Brick wegen Übertretung der Landesverweisung mit einem Jahr Karrenschieben bestraft worden. Bei Abbüßung dieser Strafe mußte aber bald der Landphysikus konstatieren, daß er würklich blödsinnig und im Stockhause zu Nienburg keine Heilung zu erwarten sei. Nach Ablauf der Strafzeit solle Bericht über den Stand seiner Gemütskrankheit erstattet werden, damit erwogen werden könne, ob er im Zuchthause verbleiben solle. Auf dem Aktenblatte ist ausdrücklich vermerkt: „Wird unter die Züchtlinge aufgeführt."

Wegen dreimonatlicher unehelicher Schwängerung hatte man Dorothea Hirten im November 1791 zu 6 Wochen Zuchthaus verurteilt.



Im April 1792 fragte das Gerichtschulzenamt Hannover an, wo sie sich nach ihrer Entlassung hingewendet habe oder ob sie im Arrest gestorben sei. Sie habe ihr letztes Kind dem Gefangenenwärter anvertraut, bis jetzt aber verabsäumt, es wieder abzuholen. Das Zuchthaus antwortete den hochzuverehrenden Herren Rats- und Amtschreibern, die Hirten sei in einem völligen Wahnsinne angelangt, wovon sie wahrscheinlich dort auch schon Spuren gegeben haben werde, da es unbegreiflich sei, daß sie auf der kurzen Reise in eine solche Gemütskrankheit verfallen sei. Da inzwischen die von dem Zuchthausarzte sofort verordneten Mittel nicht anschlugen, hielt man es auf Seiten der Zuchthausinspektion für bedenklich, sie nach beendigter Strafzeit zu entlassen. Unter Beifügung eines visi reperti sei der Regierung Bericht erstattet worden, die bestimmt habe, daß sie bis zur völligen Herstellung aufbewahrt werden solle.

Nicht immer griff man bei unzurechnungfähigen Delinquenten von vornherein zum Zuchthause.

Als die Menzen, die verschiedene Diebereyen begangen hatte, wegen der zu Zeiten an ihr verspüreten Blödsinnigkeit und Melancholie nicht mit den gewöhnlichen Strafen belegt werden konnte, wurde sie bei einem Einwohner in Verpflegung und Aufsicht gegeben.

Alles in allem sehen wir, daß das Leben im Zucht- und Tollhause zu Celle sich wesentlich anders darstellt, als wir es uns immer vorzustellen pflegen, wenn wir an die veralteten Formen einer Psychiatrie, die noch in den Kinderschuhen steckte, denken. Für die Humanität jener Anstalt ist fast jede einzelne Akte ein sprechender Beweis. Was fernerhin in die Augen springt, das ist der unleugbare Parallelismus, den das Leben in jener veralteten Anstalt, in denen man mit den primitivsten Mitteln sich behelfen mußte, mit dem unserer mit dem modernsten Raffinement ausgestatteten Anstalten aufweist. Wir wollen hoffen, daß, wenn dermaleinst ein Forscher in einer Zeit, die alle Ideale des Psychiaters erfüllt, in den Anstaltakten unseres erleuchteten Jahrhunderts herumwühlt, er uns dieselbe gute Zensur erteilt, die wir dem alten Tollhaus in Celle mit gutem Gewissen erteilen können.



Heilungsvorgänge bei Schizophrenen.

Von

Dr. H. **Bertschinger,** Dir. d. kant. Heilanstalt Breitenau.

Um einem naheliegenden Mißverständnis vorzubeugen, bemerke ich ausdrücklich, daß ich mir nicht etwa einbilde, das innerste Wesen der Heilungsvorgänge der Dementia praecox entdeckt zu haben oder den primären Krankheiterscheinungen auf die Spur gekommen zu sein.

Auch die Therapie wird durch Beobachtungen wie die folgenden wenig gefördert werden, vielleicht liefern sie aber ein paar prognostisch brauchbare Anhaltpunkte.

Wir schließen auf das Vorhandensein von Geisteskrankheit bei einem Menschen, wenn seine Äußerungen und Handlungen zu seiner realen, auch uns bekannten Umgebung, seiner wirklichen sozialen Stellung und seiner früheren Persönlichkeit im Widerspruch stehen, sich aus dem logischerweise bei ihm vorauszusetzenden Bewußtseinsinhalt nicht erklären lassen. Gelingt es, die uns als krankhaft erscheinenden Äußerungen zu analysieren, so entpuppen sie sich wohl ausnahmweise als genügend motivierte Reaktionen des Kranken auf traumhaft symbolisierte, häufig aber auch ohne die geringste Symbolverkleidung sich darstellende Wunscherfüllungen, die für ihn plötzlich einen ebenso realen Charakter annahmen, wie die objektive Außenwelt.

Man kann den Ausbruch der Krankheit kurz kennzeichnen als Einbruch des Unterbewußtseins ins Oberbewußtsein.

Diesem Ereignis gegenüber verhalten sich die Kranken nun aber sehr verschieden, je nachdem es plötzlich eintritt oder allmählich, je nach ihrem Lebensalter und wohl auch nach ihrer individuellen psychischen Konstitution.

Immer aber sind die manifesten Krankheiterscheinungen nichts anderes als die Reaktion der Kranken auf die neue Situation. Handeln



und denken sie, unter Ignorierung der realen Außenwelt, vollständig im Sinne der erträumten Wunscherfüllung, so erscheinen sie objektiv völlig verwirrt. Andere stehen dem Widerspruch zwischen irrealer, erträumter Welt und Wirklichkeit subjektiv und objektiv ratlos gegenüber. Viele handeln abwechselnd bald dem einen, bald dem andern Teil ihres Bewußtseinsinhaltes entsprechend und erscheinen uns deshalb widerspruchvoll, unberechenbar, verschroben. Oder dann sind ihre Handlungen eine Art Kompromißbildungen, sie benehmen sich objektiv sonderbar, geziert, maniriert, stereotyp. Paranoide Kranke lassen oft deutlich eine Bewußtseins- und Persönlichkeitspaltung erkennen. Für gewöhnlich handeln sie konform der wirklichen Außenwelt, und nur an gewissen Berührungspunkten zwischen realem und irrealem Bewußtseinsinhalt tritt der krankhafte Teil ihrer Persönlichkeit nach außen hin in Erscheinung.

Tritt nun bei unsern Kranken Besserung oder Heilung ein, so manifestiert sich dies Ereignis objektiv dadurch, daß sie sich allmählich oder plötzlich wieder so benehmen, wie es den gegebenen realen Verhältnissen entspricht.

In ein paar günstigen Fällen, leider nur erst in wenigen, konnte ich einigen Aufschluß darüber erlangen, auf welche Weise die Kranken mit dem irrealen Teil ihres Bewußtseins fertig wurden, d. h., wie ihr Oberbewußtsein wieder die Kontrolle über das Unterbewußtsein erlangte. In den meisten Fällen gelingt es leider nicht, diesen Vorgang genauer zu beobachten, weil die Kranken zu früh entlassen werden, oder weil er sich so schnell und den Kranken selber unvermerkt vollzieht, daß sie keine Auskunft darüber geben können.

Das Material, welches ich bis jetzt sammeln konnte, zeigt, daß es hauptsächlich drei Wege sind, auf denen es den Kranken gelingt, die Herrschaft über ihr Unterbewußtsein wiederzuerlangen, nämlich: durch Korrektur, durch Umsymbolisierung und durch Umgehung. Diese drei Arten von Heilungsvorgängen können oft beim gleichen Fall neben- oder nacheinander beobachtet werden, und Anfänge davon sind auch bei ungeheilt bleibenden Fällen außerordentlich häufig.

I. Korrektur der Wahnideen. — Daß sich Kranke, die halluzinieren, ihre Halluzinationen selber durch krankhafte Vorgänge in ihrem Innern zu erklären versuchen oder derartige Erklä-



rungen anderer akzeptieren, oder daß sie sich wenigstens von der Irrealität ihrer Sinnestäuschungen zu überzeugen versuchen, ist gar nicht so selten. Viel seltener aber ist es, daß es auf solchem Wege zu einer vollständigen Korrektur mit dauernder Heilung kommt.

Eine Kranke, die durch lebhafte Gehörshalluzinationen stark geängstigt war, erkundigte sich wiederholt nach der Einrichtung und Benützung der Räume über und unter dem Wachsaal und erklärte schließlich resigniert und sichtlich beruhigt: „Jä nu, dänn han i halt Stimme."

Eine andere untersuchte durch Beklopfen und Inspektion die Wand, kurz bevor sie sich dauernd besserte, und führte dazu folgendes Selbstgespräch: „Ist das e Wand? Ja. Vo Stei? Ja. Jä nu, dänn chan niemer drin si, dänn bin ich verruckt."

Ein Fräulein, das ihre in Rußland wohnenden Verwandten überall in der Anstalt sah und hörte, erklärte mir kurz vor ihrer Entlassung, daß sie nun genau unterscheiden könne zwischen Verwandten, die leibhaftig bei ihr auf Besuch waren, und anderen. Die ersten kommen durch die Türe, die andern sind auf einmal da.

Eine Dame mit vielen akuten Schüben und interkurrenten tiefgehenden Besserungen bemerkte das Herannahen eines neuen Schubes immer selber am Auftreten gewisser Halluzinationen, die sie dann jedesmal aufs äußerste erschreckten und verwirrten. Nach ein paar Assoziationsexperimenten, die wir in der ruhigen Zeit mit ihr angestellt hatten, erklärte sie bei allen nächsten Krankheitschüben, sie habe allerlei Assoziationen (statt Halluzinationen) gehabt. Darüber brauchte sie nun nicht so zu erschrecken wie über Halluzinationen, und die Schübe verliefen bedeutend milder.

Ein älterer Paranoider, der sich nach einer Infektionskrankheit soweit besserte, daß er entlassen werden konnte, erklärte spontan, daß er bemerkt habe, daß die Stimmen, deren Urheber er früher in der Wand vermutete, nichts anderes seien als „Gedanken und Erinnerungen".

Ein anderer Paranoider mit lebhaften Gehörstäuschungen und Verfolgungswahn auf bestimmte Personen, der schwer erregt und z. T. verwirrt war, erklärte, als er anfing sich zu beruhigen, daß die beleidigenden Ausdrücke und Bemerkungen seiner Verfolger wahrscheinlich ganz harmlos gemeint waren. Er glaubte aber noch eine Zeitlang, eine höhere Macht habe sie ihnen eingegeben, damit er ihren geheimen Sinn errate. Dann erklärte er, seine Stimmen, die er in „Ober- und Unterstimmen" einteilte, als „Gedankenkombinationen", noch später als „eigene innere Überlegungen". Bald darauf konnte er als geheilt entlassen werden.

In zwei Fällen schloß sich die Besserung und Heilung unmittelbar an die Aufdeckung schwerer, verhältnismäßig junger Komplexe und psychologische Erklärungsversuche meinerseits an. Natürlich glaube ich aber nicht, daß ich mit meinen Erklärungen die beiden Kranken

geheilt habe, sondern ich nehme an, daß die Heilung aus unbekannten, inneren Gründen schon vorbereitet war, und daß nur deshalb meine Erklärungen auf so fruchtbaren Boden fielen.

Der eine dieser zwei Fälle betrifft einen 34 jährigen Kaufmann aus Paris. Vor etwa 10 Jahren war seine Maitresse infolge eines Abortes in Lebensgefahr. Er versprach ihr, sie zu heiraten, wenn sie mit dem Leben davonkomme, hielt auch sein Versprechen, aber die Ehe wurde recht bald unglücklich, da der Bildungsunterschied der beiden Gatten zu groß war. Vor mehreren Jahren verliebte er sich dann ernstlich in die Frau seines besten Freundes und unterhielt lange ein Verhältnis mit ihr, das, wie er glaubte, ganz geheim blieb. Tatsächlich scheint es aber sehr bekannt gewesen zu sein. Eines Tages erklärten ihm die Prinzipale des Geschäftes, in dem er seit etwa 12 Jahren tätig war, entweder hebe er das skandalöse Verhältnis auf, oder sie müßten ihn entlassen. Er nahm seine Entlassung. Bald darauf bildete sich bei ihm die Idee aus, seine Frau habe seine Geliebte bei deren Mann verraten, der Mann wolle sich an ihm rächen. Er hörte die Stimmen seiner Schweizer Verwandten, die ihm vorwurfsvoll seinen Namen riefen, spürte und hörte, wie er mit Gift bespritzt wurde, glaubte, es solle nun zu einem Strafprozeß kommen, ging auf die Gesandtschaft, verlangte seine Verhaftung, wurde in zwei Pariser Irrenanstalten interniert, machte einen Selbstmordversuch, indem er eine Glasscherbe verschluckte, eine andere in den Mastdarm einführte, wurde von Freunden in Paris abgeholt und in stark verwirrtem Zustande, schwer deprimiert und gehemmt am 11. Januar 1910 zu uns gebracht. Er hörte die Stimmen seiner Kinder in Paris, die ihn vorwurfsvoll riefen, wie wenn er etwas tun oder nicht tun sollte oder etwas verbrochen hätte; er glaubte, aus finanziellen, politischen oder religiösen Gründen verfolgt, von zwei einander widersprechenden Mächten hin und her gezogen zu werden, verwechselt, ausgetauscht worden zu sein usw.

Die Wahngenese war in diesem Falle ja außerordentlich klar. Am 16. Januar hatte ich eine längere Aussprache mit ihm. Er nahm meine Auseinandersetzung etwas zweifelnd an, am 19. akzeptierte er sie fast völlig, am 23. erklärte er mir selber noch verschiedene Details, war völlig einsichtig und konnte am 25. entlassen werden.

Im zweiten Falle handelte es sich um einen 35 jährigen Typographen, der im Jahre 1900 subakut erkrankte. Er war in einer Druckerei der französischen Schweiz. Er glaubte sich hämisch beobachtet, hörte überall „allemand“ oder „sale allemand“ rufen, glaubte schließlich, es habe sich zu seiner Verfolgung eine eigene Gesellschaft gebildet. Ganz heimlich fuhr er nach Paris, da er annahm, es sei unmöglich, allen Leuten einer so großen Stadt im voraus seine Ankunft anzuzeigen. Aber schon gleich vor dem Bahnhof rief wieder alles: „Allemand“. Ganz verzweifelt kehrte er um und fuhr ohne Aufenthalt zu seinem Bruder in der Nähe von Sch., legte sich zu Bett, aß nichts, sprach nichts, bewegte sich nicht und wurde am

9. Oktober 1906 mutazistisch und negativistisch in die Anstalt verbracht. Schon am 12. gelang es mir nach langem Bemühen, ihn zum Sprechen zu bringen. Er erzählte eine alte fatale Liebesgeschichte, und es gelang, auch gleich noch einen andern Sexualkomplex aufzudecken. Noch etwas ungläubig nahm er meine Erklärung über die Genese seiner Halluzinationen entgegen, unterhielt sich dann aber lange mit einem alten Paranoiden, der massenhaft halluziniert, und überraschte mich bald mit der Mitteilung, daß er sich nun durch das Studium dieses andern Kranken vom Vorkommen von Gehörstäuschungen überzeugt habe und seither selber davon frei sei. Am 21. ersuchte er mich um freien Ausgang, weil er erproben wolle, ob er auch in der Stadt keine Stimmen mehr höre. Er kam freudestrahlend zurück und wurde am 22. Oktober 1906, also nach nur 14 tägigem Aufenthalte in der Anstalt, geheilt entlassen und ist bis heute gesund geblieben.

In allen diesen Fällen, wo die bewußte Korrektur bei den Heilungsvorgängen eine wesentliche Rolle spielte, handelte es sich um gebildete und zum Teil hochintelligente Kranke, wie ja von vornherein zu erwarten war. Im Krankheitbilde herrschte der paranoide Symptomenkomplex vor, und kein Kranker war zur Zeit des Krankheitausbruches weniger als 30 Jahre alt.

II. Umsymbolisierung. — Viel interessanter und auch häufiger sind die Fälle, bei denen die Besserung oder Heilung durch allmähliche Veränderung der Wahngebilde in die Wege geleitet wird.

Etwas Ähnliches ist bei allen jenen Kranken zu beobachten, denen eine teilweise Übertragung auf den Arzt oder eine andre Person der Anstaltumgebung gelingt. Diese Kranken werden wohl immer viel ruhiger und traitabler, sobald die Übertragung stattgefunden hat, aber sie sind nicht praktisch geheilt, da sie jeden Entlassungsversuch mit einem frischen Krankheitschub beantworten. Hierher gehören auch die nicht so seltenen Fälle, bei denen das Anstaltmilieu einem positiven Komplex entgegenkommt.

Ich habe z. B. einen Kranken mit einem starken Waisenhauskomplex, der in unserer Anstalt oder im sog. Bürgerspital sich ganz wie ein gesunder Angestellter benimmt und den Garten besorgt, aber noch bei dem Versuch, ihn zu entlassen, wieder schwer erkrankte; ferner einen andern mit starkem Militärkomplex, dem das Kasernenmäßige der Anstalt dazu verhalf, sich geordnet aufzuführen.

Es sind dies ganz analoge Vorgänge, wie sie *Riklin* zuerst bei seinen Versetzungsbesserungen beobachtete [1]).

[1]) Dr. *J. Riklin*, Über Versetzungsbesserungen. Psych.-Neurol. Wochenschr. 1905.



Es handelt sich dabei aber mehr um eine Umdeutung der realen Außenwelt im Sinne der Wunscherfüllung, während es sich bei den folgenden Fällen im Gegenteil um eine Umsymbolisierung der Wahnidee im Sinne der realen Außenwelt handelt, oder um eine solche Veränderung der irrealen Wunscherfüllung, daß ein objektiv geordnetes Benehmen wieder möglich wird, ohne daß die Wunscherfüllungsidee aufgegeben werden müßte.

Das kann z. B. dadurch erreicht werden, daß der aus dem Unterbewußtsein stammende Wunsch, dessen direkte im Wahngebäude enthaltene Erfüllung ein soziales Leben des Kranken verunmöglicht, durch ein harmloseres Symbol als erfüllt dargestellt wird, so daß ein geordnetes Weiterleben wieder möglich ist. Hierzu werden genau die gleichen Symbole verwendet wie bei den Wunscherfüllungsphantasien der Träume.

Die Bedeutung des Zahnausfalles in Träumen gesunder Frauen ist bekannt. Genau das gleiche Symbol fand ich bei den Besserungsvorgängen von drei schizophrenen Frauen verwendet, einmal im negativen, zweimal im positiven Sinne.

Eine 26 jährige Frau erkrankte akut nach gehäuften Wochenbetten. In ihren Wahnideen versetzte sie ihre Kinder zu ihrem Vater, d. h. in den Himmel. Sie sah ihren Vater in den Wolken, die Kinder auf den Knien, hörte den Heiland sagen, die Kinder seien von ihm, er habe sie wiedergeholt, „erfuhr" auf nicht näher anzugebende Weise, daß ihre Kinder gestorben seien. Sie wurde aber rasch ruhiger, klarer, verlangte mit auffallender Hartnäckigkeit die Extraktion sämtlicher Zähne, lächelte dazu geheimnisvoll und strickte für ihre Kinder Leibchen und Strümpfe, obschon sie immer noch behauptete, sie seien gestorben. Man gab schließlich ihrem Drängen nach und zog ihr 3 etwas kariöse Zähne, worauf fast unvermittelt Heilung eintrat, die seit jetzt 5 Jahren anhielt.

Ein 19 jähriges, etwas imbezilles Mädchen erkrankte akut an sexuellem Verfolgungswahn, sah Männer im Zimmer und unter dem Bett, glaubte vom lieben Gott in der Kirche geschwängert worden zu sein. Sie wurde in schwerer ängstlicher Erregung eingebracht, machte viele Flucht- und Selbstmordversuche. Am 30. und 31. August 1909 ließ sie sich je einen Zahn ziehen, war hernach auffallend viel ruhiger, am 6. September schon ganz vergnügt und fröhlich, wurde am 7. September beurlaubt und hielt sich seither draußen.

Eine ebenfalls etwas schwachsinnige, 31 jährige Frau, unglücklich verheiratet, kinderlos, schwer paranoid, klagte über unrichtige Stellung ihrer Zähne, wollte sich partout alle Zähne ausziehen lassen, gab sich



dann aber zufrieden, als man ihr versprach, einen schadhaften Zahn ausziehen zu wollen. Kurz vor der kleinen Operation äußerte sie starke Angst davor und bemerkte: „Lieber möcht' i e Geburt duremache." Sie hielt aber doch tapfer still und war zwei Tage später so weit gebessert, daß sie in die ruhigste Abteilung versetzt und nach 14 Tagen entlassen werden konnte.

Eine ebenso traumhafte und dazu originelle Umwandlung einer direkt lebensfeindlichen Wunscherfüllungsphantasie in ein harmloses Symbol leistete sich eine 44 jährige Spätkatatonie, die mit dem Zustandbilde einer schweren Angstmelancholie zu uns kam. Ihr Mann hatte sich erhängt. Sie trug sich offenbar schon bald darauf mit Wiederverheiratungsplänen, die sie in ihrem Gewissen natürlich sehr beunruhigten. In der Psychose glaubte sie, sich unbedingt das Leben nehmen zu müssen. Sie war tief deprimiert, gehemmt, stöhnte Tag und Nacht, klagte sich aller möglichen Sünden an, machte viele Selbstmordversuche. Eines Tages aber behauptete sie, ihren Heimatschein verbrannt zu haben, wurde daraufhin ruhig und konnte bald geheilt entlassen werden. Das war vor 5 Jahren. Gegenwärtig ist sie verlobt.

Es ist wohl kein Zufall, daß die vier Kranken, bei denen ich diese Art Umsymbolisierung beobachtete, alle geistig etwas beschränkt oder leicht imbezill waren.

Zur Umsymbolisierung gehören auch alle mehr oder weniger gelungenen Konvertierungsversuche in körperliche Symptome.

Ich kenne mehrere ältere Paranoide mit weitgehenden Remissionen der psychologischen Erscheinungen, die in den ruhigen Zeiten als geistig gesund gelten könnten, aber über allerlei körperliche Beschwerden, Madenwürmer, Flechten, Wirbelentzündung, Blasenkatarrhe, Metritis, Muskelrheumatismen, „Kranzflechten" klagen, für die kein somatischer Grund nachzuweisen ist, Beschwerden, die während den Exazerbationen der psychischen Krankheit ganz verschwinden.

Zwei Mädchen mit schweren katatonischen Zustandbildern klagen in den interkurrenten relativ oder ganz guten Zeiten immer über Trockenheit der Nasenschleimhaut, Nasenverstopfung bei objektiv ganz negativem Nasenbefund.

Wirkliche, objektiv nachweisbare Krankheitzustände erleichtern in solchen Fällen die Konvertierung bedeutend. Vielleicht sind ein Teil der bekannten Besserungen der psychischen Erscheinungen während körperlicher Krankheiten auf diese Weise zu erklären.

In andern Fällen ermöglichen sich die Kranken durch eine kleine, scheinbar belanglose Änderung der Wunscherfüllungswahnidee selber, ohne Konvertierung oder Umsymbolisierung, sich wieder der realen



Außenwelt entsprechend benehmen zu können. Leider habe ich nur einen durchsichtigen solchen Fall bis jetzt finden können.

Eine 50 jährige, unglücklich verheiratete Frau wurde ihren Mann dadurch los, daß sie sich in der Wahnidee nach Amerika versetzte. Konsequenterweise erschien ihr Gegend, Anstalt, Umgebung, alles fremd. Sie konnte niemanden verstehen, da ja alles „Amerikanisch" sprach. Ihre Tochter, die sie besucht hatte, war nicht ihre Tochter, hatte ja ein Maul bis an die Ohren, war ins Meer versunken und elend ertrunken. Begreiflicherweise war die Kranke ängstlich erregt, verwirrt, unfähig, sich mit dem Widerspruch abzufinden, der zwischen ihrer wirklichen Umgebung und der erträumten Situation bestand. Endlich aber wurde sie ruhig, heiter, anerkannte die Umgebung als Sch., benahm sich geordnet, arbeitete, und das alles erreichte sie dadurch, daß sie in ihrer Wahnidee nun den Mann nach Amerika versetzte, selber aber hier blieb. Sie blieb dann längere Zeit unverändert. Eines Tages aber erklärte sie, der Mann, der sie hie und da besuche, sei eigentlich ihr zweiter Mann, der erste sei in Amerika, der zweite heiße zwar ganz gleich, habe aber etwas andre Augen und Haare, und nun erst war es möglich, sie nach Hause zu entlassen.

III. Umgehung des Komplexes. — Gewisse Eigentümlichkeiten eines auffallend plötzlich zur Heilung gelangten Falles einer schweren Katatonie machten mich auf einen Heilungsmodus aufmerksam, den ich kurz nicht anders als „Umgehung des Komplexes" nennen kann. Weitere Beobachtungen zeigten mir dann, daß dieser Vorgang jedenfalls sehr häufig ist, aber selten zu guten Resultaten führen kann, und zwar aus Gründen, die in der Natur dieses Vorganges selber liegen.

Der Wahninhalt besteht ja häufig nicht in der Vorstellung nur einer bestimmten, für dauernd angenommenen Wunschsituation, sondern die Kranken machen eine ganze Reihe von Erlebnissen durch, die erst nach und nach die Erfüllung des Wunsches herbeiführen.

Es genügt, hierfür einige Beispiele kurz zu skizzieren: Ein Landwirt erkrankte nach einer Prügelei ganz akut an schwerer katatonischer Aufregung. In seinem Dämmerzustande erlebte er die Reise nach Amerika, die er sich schon lange gewünscht hatte, in allen Details, Stürme, Seekrankheit usw., glaubte dann in New York zu sein, wieder zurückzukommen. Als er sich zu beruhigen anfing, erklärte er das Ganze als Verwechslung mit seinem Bruder, der seinerzeit wirklich in Amerika war, später als Traum.

Ein Mädchen, bei dem sich schon im Prodromalstadium beim Assoziationsexperiment der Wunsch nach Vergewaltigung deutlich gezeigt hatte, erlebte im Dämmerzustand die scheußlichsten sexuellen Attentate,



glaubte sich dann in einem Bordell, führte laszive Szenen auf, glaubte sich syphilitisch infiziert, geschwängert, durch Operation entbunden.

Eine junge Dame, die seit 8 Jahren vergebens auf die Rückkehr ihres Bräutigams hoffte und aus seinen Briefen zu merken glaubte, daß er sie nicht mehr liebe, hatte den Wunsch, von ihm ein Kind zu bekommen, ohne ihn heiraten zu müssen. In ihrem Wahnsystem wurde deshalb die Zivilehe abgeschafft, die freie Liebe eingeführt, alle Sünde und Krankheit wurden aus der Welt geschafft, sie rüstete sich zum Empfang des Geliebten, machte ihr Brautbett zurecht, heilte durch Handauflegen die andern Kranken usw., übertrug dann ihre Mutterschaftwünsche auf den Arzt, wurde von ihm in Hypnose geschwängert, später unter Narkose entbunden, und das Kind wurde heimlich entfernt.

Ein 35 jähriges Fräulein, das gesellschaftlich sehr gefeiert worden war, litt während 10 Jahren sehr schwer darunter, daß ein Herr, den sie liebte, sich nie zur definitiven Verlobung entschließen konnte. Bald näherte er sich ihr, bald ließ er wieder monatelang nichts von sich hören. Das wiederholte sich mehrmals. Sie schlug seinetwegen alle andern, zum Teil glänzenderen Verbindungen aus, glaubte sich oft am Ziel ihrer Wünsche, um immer wieder enttäuscht zu werden. Schließlich erkrankte sie akut an schwerer Katatonie. Im Beginne ihres Dämmerzustandes glaubte sie sich verheiratet, führte Koitusszenen auf, dann fing sie ihren Gatten, der bald durch die eine, bald durch die andere Person ihrer Umgebung repräsentiert wurde, zu quälen an, rächte sich an ihm für die Einbuße an gesellschaftlichem Ansehen, die sie durch ihn erlitten zu haben glaubte, indem sie seinen Stand und Beruf schmählich heruntermachte, ihre eigene Vornehmheit überbetonte. Sie warf ihm kleinliche Bedenklichkeit, auf zürich-deutsch „Tüpflischießerei“ vor und brachte das dadurch zu drastischem Ausdruck, daß sie den Badewannenrand mit Kottüpfchen verzierte. Dann restituierte sie ihr verletztes Ehrgefühl dadurch, daß sie sich der Reihe nach mit all den andern Herren verband, die sie seiner Zeit hätte haben können, und stellte ihre gesellschaftliche Stellung dadurch wieder her, daß sie alle geselligen Anlässe, bei denen sie früher geglänzt hatte und gefeiert worden war, wieder durchmachte.

Das Gemeinsame aller dieser Fälle liegt darin, daß das Wunscherfüllungswahnsystem zu einem gewissen Abschluß kommt. Dadurch ist aber der Weg zur Heilung freigegeben. Die Kranken können sozusagen wieder anfangen, in der Wirklichkeit zu leben.

Gegen das Ende der Dämmerzustände dieser Fälle findet man sehr häufig die Wahnidee, die Kranken seien verwechselt worden, oder sie seien gar nicht die Person, für welche sie gehalten werden, oder sie seien gestorben, tot gewesen. Das alles heißt doch nichts anderes, als daß der eben vollendete Lebensabschnitt mit seinem ganzen Bewußt-

seinsinhalt aus der zusammenhängenden Erinnerungskette ausgeschaltet werden soll.

Zu dem auszuschaltenden Bewußtseinsinhalt gehört aber nicht nur die Zeit der akuten Geisteskrankheit, sondern der je nach Umständen verschieden große Zeitabschnitt vor der Erkrankung, welcher die letzten affektiven Erlebnisse enthält, die die Krankheit zum Ausbruch brachten. Aus dem Bewußtsein ausgeschaltet werden muß ferner auch die Tatsache, geisteskrank und in einer Irrenanstalt gewesen zu sein.

Wenn die Kranken am Ende ihrer Wunscherlebnisse angelangt sind, aus ihrem Dämmerzustand erwachen, so befinden sie sich in einem ähnlichen Zustande wie die Leute im Märchen, welche aus dem Zauberberge wieder herauskommen oder aus einem Jahr und Tag dauernden Zauberschlafe genau in dem Zustande erwachen, in welchem sie verzaubert wurden. Was sie in der Zwischenzeit erlebten, haben sie vergessen. Ihr Bewußtsein knüpft also da wieder an, wo sie verzaubert wurden. Inzwischen ist aber die Zeit nicht still gestanden. Die Umwelt hat sich verändert, weiter entwickelt. Die Entzauberten aber, die diese Veränderung ja nicht miterlebten, verstehen die Welt, die Welt versteht sie nicht mehr.

Während aber die Leute im Märchen auch körperlich unverändert geblieben sind, z. B. als Kinder wieder aus dem Berge kommen, in den sie als Kinder versetzt wurden, hat sich bei unsern Kranken auch der Körper weiterentwickelt oder zurückgebildet. Für sie gehört also der Körper mit zu der veränderten Außenwelt, auch er paßt oft nicht mehr zu der psychischen Entwicklungstufe, bis zu welcher die Kranken zurückkehren müssen, wenn sie den ganzen Krankheitkomplex und seine psychischen Ursachen umgehen müssen, um wieder weiterleben zu können. d. h. um Anschluß an gesunden Boden zu finden.

War ihr damaliger Bewußtseinsinhalt nicht grundverschieden von dem psychischen Inhalt. der zur Zeit ihrer Genesung unter den gegebenen Alters-, sozialen und Bildungsverhältnissen etwa vorauszusetzen ist, und ist in ihrer nächsten Umgebung inzwischen keine einschneidende Veränderung vorgekommen, so werden sie in ihrem Wesen und Benehmen nicht stark auffallen, trotzdem sie sich psychisch auf einen ihrem Alter nicht entsprechenden, jüngeren Zustand zurückversetzt haben.



Die junge Dame, deren Wahninhalt ich eben ausführlich gezeichnet habe, war beim Erwachen aus ihrem Dämmerzustande 35 jährig, und die Krankheitursache ging auf etwa 10 Jahre zurück. Um den ganzen Komplex zu umgehen, mußte sie sich also psychisch in den Anfang der zwanziger Jahre zurückversetzen. Sie heilte ganz akut und schien ganz normal. Es fiel mir nur auf, daß sie sich ein klein wenig gezierter, koketter und etwas schnippischer benahm als ihrem Alter entsprochen haben würde, sie hatte etwas leicht Burschikoses an sich, las, sobald sie dazu wieder imstande war, Torquato Tasso und ähnliches und zog bei der Wahl eines Nachkuraufenthaltortes einen bestimmten Ort am Genfersee vor, wo sie seiner Zeit in Pension war. Ihr ganzer psychischer Habitus entsprach denn auch ziemlich genau dem einer eben aus dem Pensionat heimgekehrten jungen Dame. Eine solche aber wird sich, wenn sie aus guter Familie ist, also nichts tut, ledig und immer bei ihren Eltern bleibt, in 10 bis 15 Jahren psychisch nur wenig verändern und aus diesem Grunde war das Heilungsresultat in diesem Falle ein so außergewöhnlich gutes.

Vorbedingung für gute Heilungsresultate auf dem Wege der Umgehung des Komplexes ist jedenfalls, daß ein verhältnismäßig spät auftretender psychischer Konflikt ätiologisch alle andern Krankheitursachen überwiegt, daß die Krankheit erst in einem Alter ausbricht, in dem keine wesentliche psychische Veränderung mehr zu erwarten ist, und daß in der Zeit, die bei der Heilung ausgeschaltet werden muß, keine tiefeinschneidenden Veränderungen in der nächsten Umgebung der Kranken vorfallen, z. B. durch Tod solcher Personen, auf die sich die Kranken in jener Lebensepoche stützten, in die sie sich zurückversetzen müssen.

Zu den unvermeidlichen Veränderungen der Außenwelt, die den Kranken entgegentreten, wenn sie aus ihrem Dämmerzustande erwachen, gehört natürlich der Umstand, daß sie sich in der Irrenanstalt befinden. Besonders fühlbar macht sich das bei Kranken, die schwer verwirrt eingebracht wurden.

Meistens werden sie aber mit dieser Tatsache verhältnismäßig leicht fertig. Hie und da benützen sie sie geschickt, um die Versetzung in eine frühere, glückliche Lebenszeit vorzubereiten. Sie deuten die Anstalt um in ein Hotel, ein Konservatorium, ein Knabeninstitut oder eine Kaserne. Sehr häufig fassen sie die Anstalt als gewöhnliches Spital für körperlich Kranke auf und motivieren ihren Aufenthalt durch Vorspiegelung von allerlei körperlichen Beschwerden, Erschöpfung und dergleichen. Andere ignorieren ihre psychische



Krankheit nicht völlig, erklären aber, sie seien erst in der Anstalt durch den Lärm der andern Kranken, die rohe Behandlung, die Bäder usf. „etwas verwirrt“ geworden.

Gelegentlich kommt es auch vor, daß die Anstaltumgebung sich noch leichter mit dem psychischen Status vereinigen läßt, auf den sich die Kranken nach der Umgehung ihres Komplexes zurückziehen müssen, als die inzwischen stark veränderte häusliche Umgebung. Solche Kranke verstehen dann oft durch allerlei Manöver den Aufenthalt in der Anstalt zu verlängern, ohne sich psychisch eigentlich wieder zu verschlimmern.

Leider sind die oben skizzierten günstigen Vorbedingungen für gute Resultate des Umgehungsmodus selten gegeben. Der Gegensatz zwischen dem neu aufgenommenen früheren Bewußtseinsinhalt und der gegenwärtigen Wirklichkeit ist allzu groß. Das Benehmen der Kranken entspricht ihrem Alter allzuwenig. Ganz besonders ist das der Fall bei früh einsetzenden Psychosen, nach deren Ablauf die Kranken sich in die vorpubische oder Kinderzeit zurückversetzen müssen. Ihr kindisches, läppisches Benehmen kontrastiert mit ihrem wahren Alter so sehr, daß sie dauernd krank erscheinen. Dies scheint mir der Hauptgrund dafür zu sein, daß, wie ich bei der statistischen Untersuchung des Rheinauer Materials gefunden habe [1]), das Erkrankungsalter ein um so jüngeres war, je hebephrener die Endzustandbilder erscheinen, und ein um so späteres, je mehr sich der Endzustand der Paranoia mit erhaltener Arbeitfähigkeit und äußerlich geordnetem Benehmen nähert.

Eine Art Umgehungsmechanismus habe ich übrigens auch bei einer geistig ganz gesunden Dame beobachten können. Sie kehrte nach 15 jähriger, im Auslande verbrachter, kinderloser Ehe in ihr inzwischen unverändert gebliebenes Vaterhaus zurück und war selber erstaunt, daß sie die Tendenz hatte, immer nur mit alten Schul- und Pensionsfreundinnen zu verkehren, mit Vorliebe von ihren früheren, ledigen Zeiten zu sprechen, und daß sie zuzeiten ganz vergaß, daß sie verheiratet und lange Jahre in der Fremde gewesen war.

Wie ich schon eingangs betonte, wollte ich nur ein paar Beobachtungen mitteilen, die sich mir bei Schizophrenen aufdrängten, deren Zustand sich soweit besserte, daß sie als praktisch geheilt gelten

[1]) Dr. *H. Bertschinger*, Die Verblödungspsychosen in der kantonalen zürcherischen Pflegeanstalt Rheinau. Zeitschrift für Psychiatrie Bd. LVIII.

können, Beobachtungen, die sich nur auf Umwandlungen intrapsychischer Erscheinungen der Kranken beziehen. Warum diese Fälle heilten, worin die Krankheit letzten Grundes beruht, und welches die eigentlichen Heilungsvorgänge sind, darüber sagten mir meine Beobachtungen nichts.

Erwähnen möchte ich aber zum Schlusse noch, daß zwei sehr schwere, stark katatonisch gefärbte Fälle verblüffend plötzlich zur Heilung kamen, als bei den Kranken durch ein reales, an und für sich banales Ereignis ein starker Affekt entstand. Es machte geradezu den Eindruck, als wenn sie durch die affektauslösende Begebenheit aus einem tiefen Schlafe erweckt würden.

In einem Falle wurde der Affekt dadurch ausgelöst, daß die betreffende junge Dame, die sich seit Wochen äußerst ungeniert benommen und sich nit Vorliebe nackt gezeigt hatte, von einer bestimmten Person in der Anstalt, die sie von früheren Zeiten her kannte, in einer sehr undezenten Situation überrascht wurde. Sie errötete, schämte sich, konnte seit Wochen zum ersten Male zu Bett gehen, blieb darnach ruhig und konnte nach kurzer Zeit entlassen werden.

Im zweiten Falle wurde der Kranken, die wegen furibunder Aufregung kurz vor der Morgenvisite wieder einmal hatte isoliert werden müssen, vorgehalten, daß sie nachmittags vom Vater Besuch erhalten werde und sich zusammennehmen sollte. Der unmittelbare Erfolg war nur ein erneuter Wutausbruch. Ausnahmweise kam aber der erwartete Besuch mit einem späteren Zug als gewöhnlich und hielt sich auch noch lange im Bureau auf, ehe er zu seiner Tochter kam. Er fand sie zum ersten Male seit ihrem viermonatlichen Aufenthalt bei uns in Tränen. Sie hatte ihn früher erwartet und sich über sein langes Ausbleiben geängstigt, sprach zum ersten Male vernünftig mit ihm und konnte schon am nächsten Morgen in die ruhigste Abteilung versetzt werden.

Ich erkläre mir den Vorgang so, daß in diesen Fällen der aus dem wirklichen Leben stammende Affekt für einen Augenblick das ganze Bewußtsein der Kranken ausfüllte und so die Wiederverdrängung des ins Oberbewußtsein eingedrungenen Stückes Unterbewußtsein ermöglichte. Vielleicht wirkt die Arbeitstherapie auf ganz ähnliche Weise, denn es braucht ja nicht gerade ein ausgesprochener Affekt zu sein, der das Bewußtsein aktiv so in Anspruch nimmt, daß das Unterbewußte quasi mechanisch wieder verdrängt wird. Lebhaftes Interesse, Inanspruchnahme des Bewußtseins durch Beschäftigung wirken wahrscheinlich ganz ähnlich.



Vielleicht liegen die im Falle psychischer Erkrankung ins Bewußtsein tretenden psychischen Inhalte bei allen Menschen im Unterbewußten stets bereit. Es sind z. T. allen Menschen gemeinsame Triebe, Wünsche, Anschauungen, die aus phylogenetisch älteren Perioden stammen und im Laufe der individuellen psychischen Entwicklung ontogenetisch abgekürzt wieder durchlaufen und verdrängt werden, z. T. individuelle, durch Erziehung usw. ins Unterbewußtsein verdrängte Wünsche und Strebungen. Durch die bewußte geistige Tätigkeit werden alle diese Dinge im Unterbewußtsein zurückgehalten. Läßt aber aus irgendeinem Grunde der Druck des Oberbewußtseins nach, im Traum, bei Erschöpfung, bei leichter Bewußtseinstrübung irgendwelcher Art, bei psychischer Erkrankung, oder entsteht sonst eine Art Bewußtseinsleere z. B. durch Mangel an Beschäftigung in Einzelhaft, oder weil ein schwer negativ betonter Bewußtseinsinhalt à tout prix verdrängt werden muß, so tritt das ein, was ich eingangs als Einbruch des Unterbewußtseins ins Oberbewußtsein bezeichnet habe.

Tritt Heilung ein, so wird das ins Oberbewußtsein eingebrochene Stück Unterbewußtsein durch bewußte Durcharbeitung oder Korrektur unschädlich, durch Umsymbolisierung mit der realen Wirklichkeit vereinbar gemacht oder dadurch wieder verdrängt, daß das ganze Bewußtsein wieder von stärkeren realen Erlebnissen und Interessen erfüllt wird.

Heilversuche bei Paralytikern[1].

Von

Walter Plange, Assistenzarzt.

„Die unter dem Namen der allgemeinen progressiven Paralyse bekannte Geisteskrankheit ist seit mehr als einem halben Jahrhundert in ihren Erscheinungen genauer erforscht, und wenn die wissenschaftliche Untersuchung der ihnen zugrunde liegenden pathologischen Vorgänge erst in neuester Zeit einem befriedigenden Abschluß entgegengeht, eine Tatsache schien von Anfang an mit fast fatalistischer Bestimmtheit festzustehen: der deletäre Ausgang derselben, ihre Unzugänglichkeit gegen irgend welche therapeutischen Eingriffe. Die von Zeit zu Zeit auftauchenden Mitteilungen über einzelne spontane Genesungen haben in ihrer Isoliertheit an dem Satze von der Unheilbarkeit der allgemeinen progressiven Paralyse nicht zu rütteln vermocht."

Mit vorstehenden Worten leitet *Meyer*-Göttingen 1877 einen Aufsatz über Heilversuche bei Paralytikern ein. Jetzt, 33 Jahre später, sind wohl die Untersuchungen über die der Paralyse zugrunde liegenden pathologischen Vorgänge, soweit das mit unseren Mitteln möglich ist, abgeschlossen, — von einer Heilbarkeit der Paralyse kann aber noch nicht gesprochen werden.

v. Krafft-Ebing bezeichnet die Paralyse als eine fast ausnahmlos chronische Hirnkrankheit von progressivem Verlauf, von durchschnittlich zwei- bis dreijähriger Dauer und fast immer tödlichem Ausgang, eine Definition, die allgemein anerkannt ist. Heilversuche wurden dabei zu jeder Zeit gemacht. Systematisch zu verfahren war natürlich nicht möglich, solange die pathologisch-anatomischen Ver-

[1]) Aus der Landesheil- und Pflegeanstalt Uchtspringe. — Herrn Dir. Prof. Dr. *Alt* und Herrn Oberarzt Dr. *Hoppe* spreche ich für ihre Anregung und Unterstützung verbindlichsten Dank aus.



änderungen im Zentralnervensystem und die Ätiologie noch unklar waren. Beides ist erst in neuester Zeit zu einem einigermaßen befriedigenden Abschluß gekommen.

Wir kennen jetzt die Paralyse als eine Krankheit, bei der sich makroskopisch findet: Atrophie des Gehirns, chronisch entzündliche Veränderungen am Gehirn und seinen Häuten, Hydrocephalus ext. und int., Ependymitis granularis, und mikroskopisch: Schädigung und Untergang der nervösen Bestandteile des Hirns, chronisch entzündliche Erscheinungen am Gefäßapparat, Wucherung des gliösen Stützgewebes, Degeneration der Seiten- und Hinterstränge des Rückenmarks; und der Leitsatz, den *Plaut* 1909 in Köln aufgestellt hat: „ohne voraufgegangene Syphilis gibt es keine Paralyse", wird jetzt von den meisten Forschern anerkannt.

Die Geschichte der Paralyse ist noch jung. Die ältesten auf sie hindeutenden Spuren finden sich in der Literatur 1672; zu Beginn des 19. Jahrhunderts war das Krankheitbild im wesentlichen bekannt, wenn auch die Ansichten über die Krankheit selbst noch sehr verschieden waren. Um die Mitte des vorigen Jahrhunderts wurde endgültig festgestellt, daß die Ansicht der Forscher, die in der Dementia paralytica eine Kombination von zwei Krankheiten, nämlich einer solchen der Motilität und einer Affektion des psychischen Organs finden, die unabhängig voneinander seien und nicht immer zusammen beständen, falsch war, und erst in neuester Zeit ist über die pathologisch-anatomischen Veränderungen im Zentralnervensystem und über die Ätiologie wenigstens einigermaßen eine Einigung erzielt worden.

Bei der so anerkannt trüben Prognose ist es sehr wohl verständlich, daß ein größerer Teil der Fälle, die man für Paralysen ansprach, und die dennoch heilten, veröffentlicht wurde. — Ob und inwieweit Fehldiagnosen vorlagen, soll hier nicht entschieden werden. — Demgemäß finden sich auch in der Literatur eine ganz stattliche Zahl geheilter Paralysen, bei denen die Besserung bzw. Heilung zum Teil auf irgend welche spezifische Behandlungsweise geschoben wurde, zum Teil auch spontan nur durch die Hilfskräfte der Natur erfolgte [1]). Unterstützt wurde hierbei die Natur durch eine allgemeine symptomatische Behandlung, nämlich Hebung des Ernährungs- und Kräftezustandes [2]), Fernhalten von Schädlichkeiten [3]),

---

[1]) *v. Halban* gibt eine Zusammenstellung derartiger Fälle: *Billod* 1850, *Falret* 1853, *Delasiauve, Ferrus, Linier* 1870, *Duval* 1859, *Marçé* 1863, *Stölzner* 1877, *Gauster* 1879.

[2]) *Winn* 1848, *Ellinger, Escoler* 1851, *Donett Stone* 1867, *Clouston, Girma* 1871, *Kaes* 1902, *Pilcz* 1909.

[3]) *Brierre du Boismond* 1851.



Regelung der Lebensweise [1]), Bekämpfung der Schlaflosigkeit [2]), Sorge für regelmäßigen Stuhlgang [3]). Namentlich auf letzteres wird Wert gelegt; *Duchek* bringt die paralytischen Anfälle und Erregungzustände, die vielfach als eine Paralyse der Hirnkapillaren bzw. als eine Hirnkongestion bezeichnet werden, mit Stuhlverhaltung in Zusammenhang. Demgemäß empfiehlt *Foville* 1871 Arsen, *Sunda* 1902 blutige Schröpfköpfe, Abführmittel, Fußbäder, Eisblase. *Girma* wendet 1884 das Ergotin gegen derartige Kongestionen an. Es soll die Zirkulation verlangsamen, den Puls regulieren, das erweiterte Kapillarnetz besonders in Gehirn und Rückenmark zur Kontraktion anregen. Bei einem Patienten will er eine Heilung gesehen haben, doch hat Verfasser selbst Zweifel an der Richtigkeit der Diagnose. Bei anderen Patienten hat die Kongestion nachgelassen. *Descourtis* gibt 1885 6 Patienten in schweren Kongestivzuständen während der apoplektiformen und epileptiformen Anfälle Ergotin subkutan, einzelnen Patienten sogar 4,0 bis 6,0 pro die. In 5 Fällen hatte er vorzügliche Erfolge, im sechsten trat der Exitus ein. *Bodoni* injiziert 1899 Methylenblau in Dosen von 0,08 bis 0,1 intramuskulär und findet einen allerdings nur vorübergehenden günstigen Effekt, den er auf die vasokonstriktorische Wirkung des Mittels schiebt.

In veralteten Fällen und bei sekundärem Blödsinn, bei denen Ausschwitzungen im Gehirn anzunehmen sind, empfiehlt *Ellinger* 1851 Kalihydrojodid allein oder mit Senega, Arnica, China. Als Spezifikum und zur Beruhigung in dem Stadium der allgemeinen Paralyse, in dem die geistige Störung mit maniakalischer Erregtheit verknüpft ist, bezeichnet *Robertson* 1864 das Digitalis, das 1849 auch *Winn* und 1851 *Escoler* in großen Dosen empfehlen; weiter werden noch angegeben: Hyoscyamus, Argentum nitricum [4]), Strychnin, vor allem bei Lähmungen [5]), Chinin [6]), Eisen [7]), Brom [8]), Applikation von Kälte, Begießungen, Bäder, kalte Douchen und Eiskappen auf den Kopf [9]).

Als Tonikum und als einen die Wirkung anderer therapeutischer Eingriffe anregenden und unterstützenden Heilfaktor empfiehlt *di Caspero* 1902 bei Erschöpfungs-, Intoxikations- und Stoffwechselpsychosen Kochsalzinfusionen. Ihm folgt *Donath*, der seine künstliche Blutsalzlösung, d. h. ein Salzgemisch, das möglichst der Asche des Gesamtblutes entspricht,

---

1) *Sandras* 1848, *Foville* 1871.
2) *Calmeil* 1859, *Donett Stone* 1867, *Ellinger* 1851.
3) *Calmeil* 1859, *Duchek* 1851.
4) *Déguise* 1866.
5) *Sandras* 1848, *Lagarvelle* 1851.
6) *Winn* 1849, *Oebecke* 1880.
7) *Donett Stone* 1867, *Oebecke* 1880.
8) *Leidesdorf* 1869, *Clouston* 1871, *Brunet* 1882.
9) *A. Voisin*, *Sandras*, *Ellinger*, *Calmeil*, *Oebecke*, *Brunet.*



nicht nur ein mächtiges Cardiacum und Diureticum, ein pulshebendes und appetitanregendes Mittel nennt, sondern auch durch die Infusionsflüssigkeit als förmliche Waschflüssigkeit das Blut von giftigen Stoffwechselprodukten befreien will. Er glaubt, daß in der Ätiologie der Paralyse neben der Lues vor allem eine Erkrankung des Magendarmkanals eine Rolle spiele, und daß von letzterem aus eine Invasion von pathogenen Bakterien und ihren Toxinen in das Gefäßsystem und dadurch eine Schädigung der Nervenzellen zustande kommen könne. Bei 6 Paralytikern will er eine entschiedene Besserung gesehen haben. Auch *Greidenberg* empfiehlt 1904 Kochsalzinfusionen wegen ihrer günstigen Einwirkungen auf die psychomotorische Erregung und den Schlaf. Von lokalen Reizen wie Kauterien und Vesikatorien im Nacken, vor deren übertriebener Anwendung 1852 *Ellinger* warnt, sehen *Willis* und *F. Voisin* günstige Erfolge. Letzterer berichtet 1843 über 10 Paralytiker, von denen er nach 15 monatlicher Behandlung mit Kauterien 9 gebessert entlassen konnte. Der zehnte kam ad exitum. 1889 gibt *A. Voisin* neben der Applikation von Kälte Vesicatore ad nucham, Kauterisation des Rückens, Blutegel hinter die Ohren an. *Winn* will 1849 im Anfang der Krankheit energisch verfahren und vor allem den Aderlaß anwenden. Das Ferrum candens nennt er nutzlos. *Meschede* 1887 und *Voisin* 1889 empfehlen lokale Blutentziehungen und Blutegel, *Müller* 1887 den Baunscheidtismus.

Auf den günstigen Einfluß akuter infektiöser, meist fieberhafter Erkrankungen auf Psychosen weist *v. Halban* hin. Nach seinen Angaben reichen die Erfahrungen auf die ältesten Zeiten zurück (*Hippokrates*, *Galenus*, *Boerhaave*, *Sydenham*) und speziell für die Paralyse auf das ganze letzte Jahrhundert. Nach *Wagner* befindet sich bei *Campbell* unter sechs durch Typhus günstig beeinflußten Psychosen eine Paralyse. Mehrere Autoren, auch *Wagner* selbst, berichten über Besserungen nach Variola; Versuche, durch Impfen auf die Krankheit einzuwirken, blieben ohne dauernden Erfolg [1]). Auch im Anschluß an Scharlach, Erysipel, Pneumonie, Wechselfieber, Cholera, Rheumatismus, Anthrax wurden Paralysen gebessert.

Fiedler erklärt 1880 die Wirkung dieser interkurrenten Erkrankungen so, daß durch sie eine Besserung der Ernährung des Gehirns und zwar durch Entlastung vorher blutüberfüllter Gefäßbezirke, durch Blutzufuhr nach anämischen Gehirnprovinzen, durch Wiederdurchgängigwerden oder durch Neubildung von Gefäßen zustande kommt. Durch derartige Zirkulationsveränderungen wird eine Resorption von den Lymphbahnen aus gefördert. Zum Schluß weist er noch auf die Möglichkeit einer Einwirkung der weißen Blutkörperchen hin. Bei fortgeschrittenen Fällen steht *Weber* (Sonnenstein) auf demselben Standpunkt; in den Anfangstadien dagegen hält er eine Besserung des psychischen Verhaltens während einer soma-

[1]) *Kiernau*, *Sponholz* sen.



tischen Krankheit für erklärlich; die fragliche Einwirkung sei dann gerade so zu beurteilen wie bei Gesunden, als eine durch den Schmerz, die Besorgnisse usw. herbeigeführte Ablenkung von der gewohnten Vorstellungsrichtung, die mit den subjektiven Beschwerden alsbald wieder verschwindet. *Birsch-Hirschfeld* glaubt nicht an eine Beteiligung der weißen Blutkörperchen, sondern an eine Erkrankung der Gefäßwände und ihrer Umgebung.

Eine verhältnismäßig größere Zahl von gebesserten Paralysen findet sich nach *Wagner* bei Eiterungen und phlegmonösen Entzündungen der Haut und des Unterhautzellgewebes [1]). *Foville* beobachtet 1872, daß Besserung eintrat, sobald derartige Eiterungen geheilt waren. Er folgert daraus die Möglichkeit, daß eine artifizielle, an mehreren Körperstellen gleichzeitige und tiefe Eiterung auf die Paralyse günstig einwirken könne. Um einen ähnlichen Effekt zu haben, empfiehlt *Pritchard* 1887 — er selbst hat einen Paralytiker gesehen, bei dem nach einem Karbunkel eine erhebliche Besserung eingetreten war — im Verlauf der Wirbelsäule Jodeinpinselungen bis zur Blasenbildung und Exkoriation. *Dobrschansky* berichtet 1907 von einem Paralytiker mit einer 14 jährigen Remission, bei dem in der Remissionzeit eine langwierige Blutvergiftung mit 4 Monate währendem, fast ununterbrochenem Fieber aufgetreten war. Die Richtigkeit der Diagnose wurde durch die Sektion bestätigt. 1882 beobachtete *Christian* zwei Fälle, in denen erhebliche Remissionen im Anschluß an ein Mal perforant beobachtet wurden. Dieses findet man nach *Marandon de Montyel* 1904 hauptsächlich bei Patienten, die früher ihren Körper viel Schädlichkeiten ausgesetzt haben, und zwar in ungefähr 3% der Paralysen. Beim Auftreten eines solchen trat Besserung ein, beim Zuheilen Verschlimmerung, ja selbst rascher Tod. Auf einem entgegengesetzten Standpunkt stehen *Marie* und *Pelletier*, die in zwei Fällen beobachteten, daß nach der Heilung eines Mal perforant eine bedeutende Remission der paralytischen Symptome eintrat, und daß in einem dritten Fall mit dem Wiederbeginn der Eiterung eine erhebliche Verschlimmerung des paralytischen Zustandes einsetzte.

---

[1]) *v. Halban* erwähnt eine Reihe derartiger Fälle und zwar Veröffentlichungen von *Bouilland* 1820 (Phlegmone der Kreuzgegend), *Fabre* 1832 (Eiterung und Amputation eines Beines), *Bonnefous* 1869, *Laffite*, *Combes* 1858, *Bullard*, *Morel* 1858, *Foville*, *Baillarger* 1869, *Doutrebente* 1878, *Bayle*, *Guislain*, *Mackenzie*, *Bacon*, *Macdonald*, *Mendel* (Phlegmone des Unterarms), *Savage* 1881, *Mickle* 1880, *Jugels* 1882, *Gauster* 1876 (Abszeß), *Molnar* 1899 (Furunkulose), *Schiele* (Lungengangrän), *v. Krafft-Ebing* (Furunkel des rechten Unterarms, der in eine phlegmonöse Entzündung mit jauchigem Zerfall überging), *Lustig*, *Tuczek* (Decubitus, Pneumonie, Cystitis), *Schaefer* (kompl. Tibiafraktur mit außerordentlich heftiger Eiterung).



Die Frage, ob wir nun das Recht haben, das Heilmittel, das die Natur in der Erzeugung von fieberhaften Erkrankungen besitzt, in zweckbewußter Weise in die Therapie der Psychosen einzuführen, bejaht *Wagner*. Früher versuchte man das in sehr primitiver Weise durch Haarseile und Erzeugung von Eiterungen, vor allem durch Einreibungen mit Tartarus stibiatus-Salbe [1]). *Macdonald* heilt 1859 einen Patienten durch ein Haarseil und Abführmittel. *Lustig* berichtet 1900 von einem Patienten, bei dem 1880 nach einer künstlich hervorgerufenen Kopfeiterung eine entschiedene Besserung eingetreten war. Er hält das für zufällig, vermag aber doch der Tatsache, daß derartige Besserungen vorkommen, ein gewisses theoretisches Interesse nicht abzusprechen. Vor dem viel benutzten Brechweinstein warnt 1850 *Leidesdorf*; *Jacobi* hat 1855 bei 8 oder 9 Kranken günstige Erfolge, nennt aber die Einreibung der Salbe ein höchst schmerzhaftes Kurverfahren und beschränkt seine Anwendung auf fortgeschrittene unheilbare Fälle. Günstiger urteilt 1877 *Meyer*. Er geht von der Überzeugung aus, die Krankheit sei eine chronische Encephalitis und beschränke sich in den ersten Stadien der Entzündung auf die Rindenschicht der Konvexität und zwar der vorderen Hälfte des Großhirns und stehe in Zusammenhang mit den Meningen. Behandelt wurden möglichst frische Fälle. Aber auch andere wurden nicht zurückgewiesen, sobald nur vermutet werden durfte, daß dauernde Veränderungen der ergriffenen Hirnpartie nicht eingetreten waren. Die Wirkung denkt sich Verfasser so, daß ein so großer und längere Zeit wirksamer Entzündungsherd mit so energischer Sekretion weithin anregend auf die Bewegung in Blut- und Lymphgefäßen wirken, die Stasen entfernen, die Resorption von Exsudaten beschleunigen muß. „Für diese Anschauung spricht auch die wiederholt erwähnte, fast plötzlich auftretende Befreiung von dem Gefühl intrakraniellen Druckes, sobald sich erst eine reichliche Eiterung entwickelt hatte". Für die ganze Zeit der Behandlung und noch darüber hinaus wurden Jodkaligaben vorgesehen. In seiner ersten Veröffentlichung berichtet Verfasser über 15 Patienten, von denen 8 geheilt entlassen werden konnten. Später konstatiert er, daß zwei der früheren Fälle keine Verschlimmerung erlitten haben, und daß ein weiterer Patient schon 2½ Jahre frei von Erscheinungen der progressiven Paralyse blieb. Ein großer Teil der Behandelten habe sich erheblich gebessert, der Krankheitverlauf sei ein längerer und milderer geworden. *Haunhorst* probiert 1880 die *Meyer*sche Methode bei sechs Paralytikern, hat aber nicht diese günstigen Erfolge. Einige Kranke jammerten und klagten vor Schmerz und waren gar nicht zu beruhigen. Bei zwei Patienten war die Temperatur 3 Monate lang durchschnittlich auf 38,2° erhöht. Zwei weitere Patienten wurden in Remissionen versuchweise entlassen, kehrten aber bald zurück. 1881 hat *Oebecke* nach apoplektiformen Insulten bei allgemeiner Paralyse

[1]) *v. Halban* erwähnt *Dubuisson* 1816, *Trélat* 1845, *Mabille* 1882.



unter Einreibung von Unguentum acre auf die der Lähmung entgegengesetzte Seite raschere Besserung der motorischen Störungen gesehen. Die psychischen Symptome wurden nicht beeinflußt. Die innerliche Wirkung des Brechweinsteins erklärt 1848 *Flemming* dahin, daß er außer den in Betracht kommenden Ausleerungen eine antagonistische Affektion des splanchnischen Nervensystems erweckt, wodurch allerdings noch nicht tief in die Vegetation des Gehirns eingedrungene Störungen ausgeglichen werden können. Nach *Ellinger* 1852 erzeugt der Brechweinstein Gastrizismen und leitet dadurch oft die kritische Entscheidung durch die Darmschleimhaut ein; er vermehrt, in kleinen Gaben den Laxantien beigefügt, deren Wirkung und befördert überhaupt die Sekretion. Als ekelerregendes und dadurch abspannendes und Aufregungen beschwichtigendes Mittel zieht Verfasser den Brechweinstein fast nicht in Anwendung, weil hier dessen Wirkung von viel zu kurzer Dauer ist, als daß tiefer wurzelnde Krankheitzustände umgestaltet oder beseitigt werden könnten.

In neuester Zeit sind die Heilversuche bei Paralytikern mit besonderem Eifer wieder aufgenommen worden. Man versuchte auf verschiedene Weise zum Ziele zu gelangen. Die Engländer operierten, von der Annahme ausgehend, daß durch die Entfernung der Hirnhäute an den Trepanationstellen und die damit bewirkte direkte Berührung der Kopfhaut mit der Gehirnsubstanz ein neuer Weg für den Lymphstrom geschaffen werde, wodurch mehr Flüssigkeit zur Resorption gelangt; so könnte bei Dementia paralytica doch wenigstens etwas geholfen werden. 1891 berichtet *Shaw* über zwei Fälle. Bei beiden konstatierte er eine Besserung, ein Jahr nach der Operation waren beide Patienten tot. *Wallace* ist 1892 der Ansicht, daß bisher in allen Fällen zu spät operiert wurde, glaubt dann aber, daß unser Wissen über die Paralyse im frühen Stadium noch nicht vollkommen genug sei, um erfolgreiche operative Eingriffe zu ermöglichen. 1896 führt *Turner* zum Ersatz der von *Shaw* und *Tuke* zur Herabsetzung des Gehirndrucks empfohlenen Trepanation bei 14 Patienten in fortgeschrittenem Stadium die Vertebralpunktion aus, findet jedoch, daß kein höherer Druck, als dem Blutdruck entspricht, vorkommt, daß es sich also bei der Dementia paralytica nicht um eine entzündliche Exsudation handelt und die betreffende Indikation nicht besteht. 1897 wendet *Babcock* die Lumbalpunktion bei 12 Paralytikern an, um die Druckerscheinungen zu beseitigen. Vorübergehenden Nutzen sieht er in mehr als 50 % der Fälle. In dem Exsudat, das meist bald wiederkehrte, fand er stets Entzündungsprodukte.

Nachdem uns jetzt die Bakteriologie die Möglichkeit gibt, die Nachahmung der Natur ohne Gefährdung des Individuums und der Umgebung zu bewirken (*v. Halban*), d. h. durch die künstliche Erzeugung von fieberhaften Erkrankungen auf die Paralyse einzuwirken, machte *Boek* an der *Wagner*schen Klinik Versuche mit Pyocyaneuskulturen und Tuberkulin und zwar zunächst bei akuten Psychosen, dann bei Paralysen, weil diese



nicht die schlechtesten Chancen hätten, da sie ja an und für sich zu Remissionen neigten und Fälle günstiger Einwirkung fieberhafter Erkrankungen auf ihren Verlauf bekannt genug seien. *Pilcz* setzt 1900 und 1901 die Versuche mit Alt-Tuberkulin-Koch fort. Er behandelt wahllos alle neuaufgenommenen Paralytiker durch steigende Injektionen bis höchstens 0,1 und vergleicht diese dann mit derselben Zahl nicht behandelter Fälle. Die Resultate, die er 1905 findet, sind aus folgender Gegenüberstellung ersichtlich:

Von 66 behandelten Paralytikern		Von 66 nicht behandelten Paralytikern	
leben 1905 noch	8	leben 1905 noch	5
starben im I. Jahr ...	20	starben im I. Jahr ..	39
„ „ II. „ ...	23	„ „ II. „ ..	11
„ „ III. „ ...	11	„ „ III. „ ..	6
nach dem	4	nach dem	5
	66		66

1907 sind nach *Dobrschansky* alle nicht tuberkulinisierten Patienten tot; von den behandelten leben nachweislich noch vier; das Schicksal dieser Überlebenden gestaltet sich verhältnismäßig günstig.

Pilcz begann seine Versuche mit 0,01. Bei fehlender oder nur schwacher Reaktion im Sinne eines Anstieges der Körpertemperatur ging Verfasser in je zweitägigen Intervallen allmählich um 0,02 bis 0,03 hinauf bis zur Maximaldosis von 0,1, welche in keinem Fall (auch nicht bei Ausbleiben einer fieberhaften Reaktion) überschritten wurde. Bei den Temperaturmessungen fanden sich große individuelle Unterschiede. Im Anschluß an die Injektionen trat Leukozytose auf. 1909 steigt Verfasser in seiner Dosis bis 0,5. Er nennt das Tuberkulin nicht ein sicheres Heilmittel, sondern ein Mittel, das noch in Verbindung mit einer gründlichen antisyphilitischen Kur die günstigsten Resultate erhoffen läßt. *Pilcz* hat es gewählt, da er kein analoges gleich zuverlässiges, sicher zu handhabendes und überall leicht erhältliches Produkt von Streptokokken herrührend kennt, und da nach den klinischen Erfahrungen bei den im Anschluß an fieberhafte Erkrankungen der Paralytiker auftretenden Remissionen die Streptokokkenprozesse eine große Rolle spielen. Ob es das richtige Mittel ist, muß nach *Alt* (1905) noch dahingestellt bleiben. Versuche mit artifizieller Temperatursteigerung durch Injektionen von Pepton (*Witte*) und von Reinjektionen artfremden Serums haben bis jetzt noch nicht zu spruchreifen, für den praktischen Arzt verwendbaren Ergebnissen geführt [1]).

[1]) Wie mir Herr Prof. *Pilcz* liebenswürdigerweise mitteilte, werden die Versuche fortgesetzt; im Laufe dieses Jahres (1910) werden zwei weitere Publikationen über die seit 1905 erzielten Resultate erscheinen.



Fischer führt 1909 als Ursachen der günstigen Beeinflussung der Paralysen durch fieberhafte und eitrige Erkrankungen die Bildung von Toxinen und Antitoxinen, die Temperatursteigerung oder endlich die Hyperleukozytose an. Die letztere Möglichkeit sieht er durch die von *Mikulicz* experimentell erzeugte Erhöhung der Resistenz des Peritoneums durch Nukleininjektionen bewiesen. Deshalb gibt er jeden 3. bis 5. Tag Nukleininjektionen, je ½ g in 10 prozentiger Lösung. Er hat dadurch in 22 Fällen weitgehende Besserung erzielt und die Mortalität günstig beeinflußt. *Donath* gibt 21 Patienten 8 und mehr Einspritzungen einer 2 prozentigen Lösung von Natrium nucleinicum und Chlornatrium $(\overline{aa})$ in Pausen von 5 bis 7 Tagen, je 50 bis 100 ccm unter die Haut. Dabei beobachtet er Temperatursteigerungen bis 40,5° und eine beträchtliche Leukozytose. Günstige Resultate sind bei 15 Patienten zu verzeichnen. Er glaubt, daß durch die Reaktion die angesammelten und sich bildenden Stoffwechselprodukte unschädlich gemacht werden. Vor 4 bis 5 Jahren machte in Uchtspringe *Hoppe* schon derartige Versuche, wobei sich herausstellte, daß das arsenhaltige Präparat Nukleogen auf die Bildung der Blutkörperchen anregend einwirkte, während mit nukleinsaurem Natrium ein Dauererfolg nicht erzielt wurde, Untersuchungen, die durch *Boruttau* [1]) bestätigt wurden. *Alt-Hoppe* bringen die günstigen Erfolge, die *Fischer* zu verzeichnen hat, mit einem zufälligen Arsengehalt des von ihm benutzten Natrium nucleinicum — ein solcher besteht vielfach nach *Zernick* und *Linke* — in Zusammenhang.

Andere theoretische Erwägungen legen *Bruce*, *Hirschl*, *Robertson* ihren Versuchen zugrunde. Nach *Bruce* 1901 entsteht die Paralyse infolge Vergiftung durch Toxine, die vom stets erkrankten Magendarmkanal aus in den Körper eindringen. Das Gift hält er für ein zusammengesetztes; eins von den in Betracht kommenden giftig wirkenden Mikroorganismen ist das Bacterium coli. Auf Grund dessen spritzte Verfasser Serum, das er aus dem Blut eines sich im Remissionstadium befindlichen Patienten gewonnen hatte, zwei anderen Kranken im früheren Stadium der Erkrankung ein. Er sah fast zwei Jahre lang einen günstigen Einfluß. *Hirschl* baut 1905 Anregungen, die *von Halban* gibt, weiter aus und schlägt vor, alle virulenten Prozesse der Paralytiker bakteriologisch zu untersuchen und deren Einwirkung auf den psychischen Prozeß zu ermitteln. Man soll dann mit jenen bakteritischen Giften beginnen, die die Paralyse sichtlich bessern. *Robertson* endlich hält 1905 die Paralyse sowohl wie die Tabes für echte Infektionskrankheiten, hervorgerufen durch ein dem *Klebs-Löffler*schen Diphtheriebazillus ähnliches Lebewesen, das er Diphtheroid nennt. Die Leukozyten, die die Bakterien auffressen sollen, hält er für deren Hauptabwehrkräfte. Außerdem entstehende Antikörper will er bei Tieren durch Impfen mit den Diphtheroidbazillen erzeugen und

[1]) Ther. Monatshefte 1909, Heft 6.



dann den Patienten zur Unterstützung der medikamentösen Hilfsmittel zuführen.

Nachdem schon *Bayle* auf einen möglichen Zusammenhang zwischen Paralyse und Syphilis hingewiesen hatte und andere Forscher wie *Calmeil*. *Esmarch*, *Jessen* usw. dem beigetreten waren, gewann in neuerer Zeit die Syphilis eine immer größere Bedeutung in der Ätiologie der Paralyse. Naturgemäß lag es dabei nahe, die Behandlungsweise der Lues auf die Paralyse zu übertragen. Über das Für und Wider dieser antiluischen Kuren gab es bald Meinungsverschiedenheiten.

Meyer berichtet 1877, daß in sämtlichen Fällen, in denen eine energische Kur eingeleitet wurde, der Ausgang ein unglücklicher war. *Leidesdorf* (1869) und *Levinstein* (1887) sehen keinen Erfolg. *Thos* empfiehlt 1858 nur in diagnostisch noch zweifelhaften Fällen fortgesetzte kleine Merkurialdosen; besteht die Krankheit schon länger, sind sie wirkunglos, wenn nicht schädlich. *Thomsen* (1890) will einer Kur nicht geradezu widerraten, besonders solange die Diagnose nicht unbedingt sicher ist; einen günstigen Erfolg hat er nicht gesehen. Nach *Jolly* (1901) ist in Fällen von Paralyse ohne nachweisbare Lues eine spezifische Kur nicht indiziert, ebensowenig dann, wenn bereits Demenz vorhanden ist oder längere Zeit charakteristische Ausfallerscheinungen bestehen. Findet man die Symptome einer Hirnlues, oder ist Lues aus der Anamnese bekannt, sind Versuche mit einer antisyphilitischen Kur zu machen. Von Mergal (0,05 chlorsaures Quecksilberoxyd und 0,1 Alb. tannicum) hat *Kayser* (1907) überhaupt keinen Einfluß gesehen. 1859 empfiehlt *Teissier* Jodkali und Quecksilber in Verbindung mit Chinapräparaten und Seebädern Von einer antisyphilitischen Kur sieht 1886 *Dietz* in 26 Fällen und 1892 *Platonoff* in einem Fall Erfolge. *Boubiler*, *Hadjes* und *Cossa* wenden 1892 das Auro-Natrium-chloratum in Dosen von 0,002 bis 0,01 ohne unangenehme Nebenwirkung an. Nach *Kowalewsky* (1894) kann eine frühzeitige Kur den Patienten retten. Auf demselben Standpunkte stehen *Devan* (1903) und *Leredde* (1903). Letzterer warnt vor Jod, da es apoplektiforme Insulte hervorrufen kann. *Tschisch* berichtet 1895 über 6 Heilungen, die nach vorsichtigen Schmierkuren aufgetreten waren; ebenso empfiehlt auch *Seeligmann* 1898 Schmierkuren.

Nach *Spengler* (1901) sind zwei Paralytiker durch antisyphilitische und Schilddrüsen-, Thymus- bzw. Gehirnbehandlung geheilt worden. Verf. steht auf dem Standpunkte, daß die Paralyse ein mittelbares syphilitisches Leiden ist, hervorgerufen durch eine Schädigung der Schilddrüse durch Syphilisgift, das — von der Schilddrüse abgefangen und transformiert, d. h. thyreoidiert, an den Kreislauf zurückgegeben — als paralysierendes Gift zur Wirkung gelangt. Deshalb soll die ausgefallene Schilddrüsenfunktion durch künstliche Drüsenzufuhr ersetzt, die Syphilis und die Metasyphilis durch Quecksilber geheilt, der Hypothyreoidismus, für den Fall, daß die Schädigung der Schilddrüse irreparable Formen angenommen hat, durch Organpräparate usw. bekämpft werden.



1902 spritzt *Marchant* durch lumbale Punktion 7 Frauen mit zugestandener Lues je 2 mg Sublimat und 2 cg Jodkali in den Wirbelkanal ein. In 3 Fällen sah er kein Resultat, in den 4 andern besserten sich Sprache, Bewegung, Initiative, Unruhe, während Gedächtnis und Intelligenz unbeeinflußt blieben. Nach *Lejeune* (1902) ist durch intensive Quecksilberbehandlung, vor allem durch in großen Dosen gegebene lösliche Quecksilbersalze, wie Quecksilberbenzoat bei jüngeren Leuten und in frischeren Fällen Heilung möglich. *Lemoine* behandelt 1902 6 Paralytiker und 6 Tabiker intensiv mit großen Quecksilbergaben bis zu einem Jahr; auch er empfiehlt besonders das Quecksilberbenzoat. Bis auf kleinere Störungen wurden seine Patienten wieder hergestellt. *Zweig* gibt 1908 intramuskulär Tiodin. Nach wenigen Tagen hat er Besserung auf Monate hinaus zu verzeichnen. *Hudovernig* empfiehlt in demselben Jahr Enesol (salizylsaures Quecksilber) intramuskulär. In 3 Fällen berichtet er über auffallende Besserungen, in einem 4. Fall über vollkommenes Schwinden der objektiven Symptome. Nach *Ketly* (1906) ist es zweifelhaft, ob bei Luikern, die der Tabes oder der Paralyse anheimfallen, die Syphilis ausgeheilt ist. Infolgedessen glaubt er, daß durch entsprechende und ausdauernde Behandlung die Entwicklung einer Paralyse oder Tabes verhindert werden kann. *Hudovernig* (1906) gibt als Indikationen für eine antiluische Behandlung bei Paralyse bzw. Tabes an: die syphilitische Infektion darf nicht zu lange zurückliegen (3—5—8 Jahre), die Erkrankung des Nervensystems darf nicht zu fortgeschritten sein; besonders indiziert ist sie, wenn die vorausgegangene Lues ungenügend oder gar nicht behandelt ist oder noch syphilitische Erscheinungen nachweisbar sind.

Auch über die Arsentherapie sind die Ansichten geteilt. 1848 empfiehlt *Schöller* bei chronischer Gehirnerweichung das empyromatische Braunkohlenöl, das mehr als alle Mittel leiste. Durch fortgesetzten Gebrauch sollen fast sämtliche Symptome geschwunden sein. Ob diese Wirkung mit dem Arsengehalt des Präparates in Verbindung gebracht werden kann, wird als möglich hingestellt. 1849 erzielt *Heinrich* bei einer 56jährigen Frau mit demselben Mittel eine vorübergehende Besserung, eine Mitteilung, die *Damerow* bestätigt.

Nach *Foville* (1871) ist es sehr wahrscheinlich, daß das Arsen gegen die habituelle Kongestion der Nervenzentren in der Paralyse ein gutes Mittel sein werde. Er geht dabei von der Tatsache aus, daß Arsen bei Intermittens nach *Boudin* und *Bergeron* von fast gleicher spezifischer Wirkung wie das Chinin ist, daß es bei Diabetes, der nach *Claude-Bernard* als Ausdruck einer einfachen paralytischen Gefäßerweiterung der Leber bezeichnet werden muß, eine rapide und dauernde Besserung verursacht, daß es bei der *Basedow*schen Krankheit, die ihm durch gleiche Gefäßparalyse verursacht scheint, als eins der besten Mittel gilt, und daß sich *Cahen* und *Isnard* in ähnlicher Weise über das Arsen als ein Mittel gegen eine vom Sympathicus herrührende Gefäßnervenaffektion äußern.



Über irgend welche Erfolge bei Paralyse vermag Verf. keine Angaben zu machen. 1879 erklärt *Lagarvelle* die Paralyse für heilbar, und zwar durch Darreichung von Liq. natr. arsen. und Kalziumphosphat.

Nachdem durch neuere Untersuchungen die Zugehörigkeit der Syphilis zu den Protozoenkrankheiten wahrscheinlich gemacht und die nahe biologische Verwandtschaft zwischen Trypanosomen und Spirochäten festgestellt war, lag es nahe, Mittel, von deren günstigem Einfluß auf die Schlafkrankheit man überzeugt war, auf die Syphilis und die für Jod und Quecksilber bisher unangreifbaren zentralnervösen Nachkrankheiten anzuwenden (*Lassar*). In erster Linie kommt hier das Atoxyl in Betracht, nach *Ehrlich* das Mononatriumsalz der Paraaminophenylarinsäure. In der Freiburger Klinik sind eingehende Versuche damit bei Paralytikern angestellt worden, über deren Resultate 1907 *Spielmeyer* berichtet:

Die ersten Versuche wurden 1903/04 gemacht, und zwar bei erregten Kranken mit körperlichen Schwächeerscheinungen und eitrigen Hautaffektionen. Der allgemeine Ernährungzustand hob sich, die Hautaffektionen heilten ab. Ein Einfluß auf den zentralen Erkrankungsprozeß wurde nicht festgestellt. Auch bei sechs 1907 behandelten Paralytikern wurde keine Wirkung gesehen. *Spielmeyer* erscheint demnach die Atoxylbehandlung der paralytischen Form der Metasyphilis wenig aussichtvoll, wobei er allerdings hervorhebt, daß er die Dosis von 0,36 pro die nicht überschritten hat. Immerhin sei es möglich, prophylaktisch etwas zu erreichen. 1908 sieht *Zweig* nach Atoxylinjektionen zuweilen subjektive und objektive Besserung, manchmal jedoch auch unangenehme Nebenwirkungen.

Trotzdem nun nach *Alt* das Atoxyl bei der Schlafkrankheit nicht das hielt, was es versprochen hatte, und bei der Syphilis oft nichts nützte, bei der Paralyse sogar gänzlich versagte, wurde der Grundgedanke, durch Arsenpräparate auf die Paralyse einzuwirken, nicht erschüttert, zumal wir mit der Möglichkeit rechnen müssen, daß, während der paralytische Prozeß sich abspielt, noch tätiges Virus im Körper vorhanden ist, daß somit die Paralytiker Spirochätenträger sind (*Plaut*). In der *Wassermann*schen Reaktion besitzen wir neuerdings eine zuverlässige Methode, eine überstandene Lues nachzuweisen. Bei Paralytikern fällt sie nach *Plaut* immer positiv aus — systematische Untersuchungen bei einem außerordentlich großen Material hier in Uchtspringe bestätigen diese Angabe —. *Plaut* räumt infolgedessen der Paralyse eine Sonderstellung unter sämtlichen klinischen Formen der Lues ein und hält es für nicht ausgeschlossen, daß die Produktion der reagierenden Substanzen eine Vorbedingung für die Entwicklung metasyphilitischer Erkrankungen darstellt. *Alt*



rechnet mit der Möglichkeit, daß der positive Ausfall bei den Paralytikern wesentlich mit bedingt ist durch eine auf syphilitischem Boden erwachsene, vielleicht aber auch durch aktives syphilitisches Virus unterhaltene Stoffwechselkrankheit, deren Behebung oder Ausgleichung auf den paralytischen Symptomenkomplex und auf die *Wassermann*sche Reaktion nicht ohne Bedeutung sein dürfte. Von Quecksilber- und Jodkuren ist bisher ein Einfluß auf die *Wassermann*sche Reaktion bei Paralytikern nicht gesehen worden.

Ehrlichs Bemühungen ist es nun gelungen, in dem Arsenophenylglyzin ein Präparat zu finden, das jedes schlafkranke Tier mit Sicherheit heilt. *Alt* berichtet darüber:

„Neu an *Ehrlichs* Behandlungsweise der experimentell erzeugten Schlafkrankheit ist, daß es mit diesem Mittel gelingt, nicht durch einen längeren Behandlungsturnus, sondern mit einem Schlage eine vollkommene Sterilisation des Organismus herbeizuführen, eine „Therapia sterilisans magna“. Das Arsenophenylglyzin, dem die unangenehme Nebenwirkung des Atoxyls, insbesondere auf den Sehnerven, nicht innewohnt, ist parasitorop, d. h. es greift mehr die im Blute kreisenden oder anderswo haftenden Mikroorganismen an als die Gewebe. Es unterliegt wohl kaum einem Bedenken, der Hoffnung Raum zu geben, daß mit diesem oder ähnlichem Präparat, sobald die Dosis efficiens tolerata ermittelt ist, auch im Menschen die Schlafkrankheit geheilt werden kann.“

Bei Paralytikern wurde das Arsenophenylglyzin in Uchtspringe angewendet, und zwar wurde es kräftigen Personen mit gesunder Herztätigkeit in Dosen von je 1,0 an zwei aufeinanderfolgenden Tagen intramuskulär injiziert; schwächere Personen erhielten nur je 0,8. Von 31 behandelten Patienten mit ausgesprochen positiver *Wassermann*scher Reaktion verloren 7 die Reaktion vollständig; bei einem von ihnen kehrte sie nach 5 Wochen zurück, bei den anderen blieb sie fort (*Alt*). Bei einer weiteren Anzahl wurde sie wesentlich schwächer, um später unvermindert wiederzukehren. Unterdes weiter fortgesetzte Untersuchungen haben ergeben, daß von 121 Patienten 20 die Reaktion verloren haben.

Es lag nahe, weitere vergleichende Blutuntersuchungen vor und nach der Arsenophenylglyzinbehandlung anzustellen. Auf Veranlassung der Herren Prof. *Alt* und Oberarzt *Hoppe* habe ich das Blut von 20 Patienten (15 Männer, 4 Frauen, 1 Kind) mit positiver *Wassermann*scher Reaktion in bezug auf den Hämoglobingehalt, das spezifische

Gewicht und die Zahl und Beschaffenheit der Blutkörperchen untersucht.

Die Angaben über die Blutbefunde bei Paralytikern überhaupt sind verschieden. Die ersten Untersuchungen wurden nach *Idelson* 1848 von *Michea* vorgenommen. Er fand, daß sich die Blutkügelchen in den meisten Fällen vermehren, sehr selten in normalen Verhältnissen bleiben, in einigen Fällen sich verringern. 1873 fand *Sutherland* eine starke Vermehrung der Leukozyten; dabei vermißte er die Geldrollenbildung der roten Blutkörperchen. 1884 stellte *Macphail* bei 15 Paralytikern eine Verminderung des Hämoglobingehaltes und der Zahl der roten Blutkörperchen fest. *Thompson* fand im Beginn der Krankheit einen Hämoglobingehalt von 66,2 %, im dementen Stadium einen solchen von 70 % und im paralytischen Stadium einen solchen von 60,6 %. Dabei verhielt sich die Zahl der weißen Blutkörperchen zu der der roten wie 1 : 308, 1 : 166, 1 : 124. *Lewes* bestätigt 1889 diese Untersuchungen. 1890 fand *W. Smyth* bei 40 Paralytikern durchschnittlich einen Hämoglobingehalt von 68,75, ein spezifisches Gewicht von 1060,05 und 4,7 Millionen rote Blutkörperchen. 1892 untersuchte *Krypiakiewicz* 15 Paralytiker im Endstadium, zum Teil mit Decubitus und fand Poikilozytose, Megalozyten und Mikrozyten. *Winkler* untersuchte 1891 das Blut bei verschiedenen Psychosen. Er fand einen durchweg geringen Hämoglobingehalt. Zur Zeit eines jeden Erregungstadiums waren die Zahl der Blutkörperchen und der Hämoglobingehalt am niedrigsten. 1894 stellte *Roucoroni* bei 15 Paralytikern fest, daß die Zahl der eosinophilen Zellen sehr wechselnd war. *Bourton* konstatierte in vier Fällen eine Verminderung der weißen Blutkörperchen und des Hämoglobingehaltes. 1896 fand *Somers* in 5 Fällen einen Hämoglobingehalt von 72,4 und ein Verhältnis der roten zu den weißen Blutkörperchen wie 4,2 Millionen zu 8800. *Capps* untersuchte 1897 19 Paralytiker. Der Hämoglobingehalt betrug 70 bis 72, die Zahl der roten Blutkörperchen nur in 4 Fällen mehr als 5 Millionen. Die Leukozyten, großen mononukleären Zellen und Übergangformen waren vermehrt; die Zahl der polynukleären Zellen entsprach dem Grade der Leukozytose. Eosinophile Zellen fand er 14 bis 1075 im Kubikmillimeter. Nach paralytischen Anfällen stellte sich eine flüchtige, aber sehr ausgesprochene Leukozytose ein; vor allem vermehrten sich die großen mononukleären Zellen. Während des Anfalls nahmen Hämoglobingehalt und Zahl der roten Blutkörperchen ab. Nach *Diefendorf* 1904 ist die Dementia paralytica von fortschreitender Anämie begleitet, die namentlich den Hämoglobingehalt in Betracht zieht. Bei paralytischen Attacken tritt Leukozytose ein. Die polymorphonukleären Leukozyten nehmen ständig zu und erreichen ihren höchsten Stand in den Endstadien. *Klippel* und *Lefas* untersuchten 1904 25 Paralytiker und Tabiker, und zwar 5 des ersten, 14 des zweiten und 6 des dritten Stadiums. Sie fanden, daß sich die Zahl der roten Blutkörperchen nicht verringerte, auch keine Leukozytose im eigentlichen Sinne auftrat.



daß sich dagegen die Form der Leukozyten änderte. Im Anfang vermehrten sich die polynukleären Zellen, später die Lymphozyten. Nach *Schultz* 1908 ist die Erythrozytenzahl des in den Hautgefäßen befindlichen Blutes bei Paralytikern etwas herabgesetzt; der Hämoglobingehalt wird weniger betroffen. Verf. führt diese Herabsetzung auf allgemeine Bedingungen zurück. *Kaufmanns* Untersuchungen 1908 ergaben, daß eine Veränderung der roten Blutkörperchen eine große Seltenheit ist. Wiederholt fand er eine auffallend geringe Zahl von Lymphozyten. Bei schlechter Ernährung zeigten sich eine Verminderung des Hämoglobingehalts und dabei eine enorme Zahl roter Blutkörperchen. Zuweilen bestand leichte Leukozytose. Bei der Differentialzählung fand er 20 bis 25% Lymphozyten, die eosinophilen Zellen nicht vermehrt, die Leukozytenkerne gut tingierbar. Der Hämoglobingehalt war bis 130 vermehrt, und zwar ohne Vermehrung der Zahl der roten Blutkörperchen.

Bei den folgenden Untersuchungen wurde der Hämoglobingehalt nach *Sahli*, das spezifische Gewicht nach *Hammerschlag* (Chloroform-Benzolmischung) bestimmt. Eine allgemeine Übersicht über die untersuchten Patienten ergibt folgende Zusammenstellung:

Tabelle I.

Nr.	Name	Geschl.,	Alter	Beruf	Diagnose	Wasserm. R.	Injektion
1	N.	m.	40 J.	Arbeiter	Dem. par.	++++	2×1,0
2	B.	„	49 „	Büchsenm.	Tabopar.	++++	2×1,0
3	J.	„	31 „	Arbeiter	Dem. par.	++++	1,0+0,5[1])
4	H.	„	42 „	Bergmann	„	++++	2×1,0 [2])
5	F.	„	39 „	Händler	„	++++	1,0+0
6	D.	„	47 „	Schmiedemstr.	„	++++	2×1,0
7	B.	„	59 „	Handelsm.	„	++++	2×1,0
8	D.	„	41 „	Gastwirt	„	++++	2×1,0
9	Sch.	„	36 „	Restaurateur	„	++++	1,0+0,8
10	L.	„	20 „	Bautechniker	Dem. praec	+	2×1,0
11	Sch.	„	42 „	Handarbeiter	Tabopar.	++++	2×1,0
12	B.	„	30 „	Zahlmeister-Aspirant	Dem. par.	++++	2×1,0
13	K.	„	35 „	Obsthändler	„	++++	2×1,0
14	T.	„	34 „	Malermstr.	„	++++	2×1,0
15	P.	„	57 „	Schuhm.-Meister	„	++++	2×1,0
16	B.	w.	36 „	Oberpost-Ass.Frau	Tabopar.	++++	2×1,0

[1]) 3 Tage nach Injektion abends 38,2°.
[2]) 3 Tage nach Injektion abends 37,8°.

Nr.	Name	Geschl.,	Alter	Beruf	Diagnose	Wasserm. R.	Injektion
17	H.	w.	33 J.	Bergmann-frau	Dem. par.	++++	1,0+0 [1])
18	K.	„	48 „	Kaufmann-frau	„	++++	2×1,0 [2])
19	L.	„	32 „	Dienstmagd	Idiotie u. Lues (hered.?)	++++	2×1,0
20	T.	m.	2½ „		Epilepsie Idiotie Lues hered.	++++	2×0,3 [3])

Die *Wassermann*sche Reaktion hat sich mit Ausnahme von Fall 2, in dem geringes Steigen, und Fall 10, in dem vorübergehendes Schwinden verzeichnet wurde, nicht geändert.

Das Verhalten des Hämoglobingehalts, des spezifischen Gewichts und der Zahl der roten und weißen Blutkörperchen vor und nach der Behandlung sind aus Tabelle II und III ersichtlich.

Tabelle II.

Vor der Behandlung mit Arsenophenylglyzin.

	Hämoglobin-gehalt	Spez. Gewicht	Zahl der roten und weißen Blutkörperchen	
1	115	1045	5 062 500	5733
2	91	1052	5 136 000	5488
3	104	1045	4 824 333	8140
4	105	1050	5 733 333	4463
5	101	1040	5 237 333	8220
6	101	1042	5 028 000	9616
7	98	1049	5 184 400	10900
8	110	1054	5 510 400	6450
9	95	1042	5 539 200	5975
10	108	1050	5 337 600	5840
11	96	1047	5 212 800	7200
12	122	1056	5 593 600	8331
13	112	1048	5 568 000	8813
14	113	1057	4 441 600	6288
15	106	1044	5 251 200	7733
16	85	1054	4 297 143	8243

[1]) Am ersten Abend 39,5°. Pneumonie?
[2]) 8 Tage nach Injektion Exanthem ohne Fieber.
[3]) 10 Tage nach Injektion scharlachartiges Exanthem.



	Hämoglobin-gehalt	Spez. Gewicht	Zahl der roten und weißen Blutkörperchen	
17	98	1043	4 819 200	7250
18	113	1050	5 050 666	5700
19	88	1040	4 938 666	10187
20	96	1047	4 423 680	3188
	2057	20955	102 189 654	143758

Also im Durchschnitt:

Hämoglobingehalt 102,85
spezifisches Gewicht 1 047,75
Zahl der roten Blutkörperchen in cmm 5 109 482,7
Zahl der weißen Blutkörperchen in cmm ... 7187,9.

Tabelle III.

Nach der Behandlung mit Arsenophenylglyzin.

	Hämoglobin-gehalt	Spez. Gewicht	Zahl der roten und weißen Blutkörperchen	
1	110	1045	4 556 800	6129
2	98	1060	5 142 400	5900
3	106	1045	4 681 143	8478
4	104	1050	5 523 200	5180
5	100	1045	5 554 286	9020
6	125	1052	5 379 200	13075
7	96	1048	5 510 400	11200
8	108	1050	5 968 400	7000
9	100	1050	5 220 000	7700
10	125	1058	5 283 200	6050
11	105	1052	4 995 200	8788
12	120	1050	5 718 400	8488
13	111	1045	5 360 000	10225
14	118	1060	5 036 800	6625
15	100	1042	4 806 400	9031
16	85	1056	4 905 143	9120
17	99	1045	4 776 000	7328
18	108	1040	4 740 800	6963
19	90	1040	4 291 200	6863
20	103	1052	4 982 400	9442
	2111	20985	102 431 372	162605

Also im Durchschnitt:

Hämoglobingehalt 105,55
spezifisches Gewicht 1 049,25
Zahl der roten Blutkörperchen in cmm 5 121 568,6
Zahl der weißen Blutkörperchen in cmm ... 8 130,25.



Bei der Differentialzählung der weißen Blutkörperchen — es wurden Deckglaspräparate nach *Türk*, Klin. Hämatologie, 1904, mit der *May-Grünwald*schen Eosin-Methylenblaulösung gefärbt — ergaben sich folgende Werte:

Tabelle IV.

Vor der Behandlung.

	Lymphozyt.	Große mononukl. Leukoz. u. Übergangformen	Polynukleäre Leukozyten	Eosinophile Zellen	Mastzellen
1	28,14 %	3,85 %	67,00 %	0,67 %	0,34 %
2	30,26 %	2,91 %	64,72 %	1,78 %	0,32 %
3	17,14 %	4,57 %	76,19 %	1,71 %	0,38 %
4	18,35 %	3,67 %	73,39 %	4,22 %	0,37 %
5	20,22 %	4,45 %	74,21 %	0,74 %	0,37 %
6	16,47 %	2,16 %	78,43 %	2,55 %	0,39 %
7	18,13 %	3,82 %	76,34 %	1,34 %	0,38 %
8	17,12 %	4,04 %	76,92 %	1,54 %	0,38 %
9	33,69 %	3,35 %	60,98 %	1,52 %	0,46 %
10	34,69 %	5,83 %	54,2 %	4,74 %	0,54 %
11	28,57 %	5,59 %	62,1 %	3,26 %	0,47 %
12	15,54 %	2,99 %	79,68 %	1,59 %	0,2 %
13	42,42 %	2,57 %	51,41 %	3,21 %	0,39 %
14	22,08 %	2,51 %	71,81 %	3,41 %	0,18 %
15	18,53 %	2,26 %	75,61 %	3,21 %	0,38 %
16	33 %	4,45 %	57,39 %	5,02 %	0,14 %
17	32,03 %	4,47 %	57,72 %	5,19 %	0,58 %
18	25,35 %	4,51 %	69,44 %	0,52 %	0,17 %
19	21,66 %	4,33 %	72,2 %	1,44 %	0,36 %
20	22,22 %	6,6 %	69,44 %	1,39 %	0,35 %

Tabelle V.

Nach der Behandlung.

	Lymphozyt.	Große mononukl. Leukoz. u. Übergangformen	Polynukleäre Leukozyten	Eosinophile Zellen	Mastzellen
1	34,94 %	5,26 %	58,48 %	0,88 %	0,44 %
2	21,53 %	6,1 %	67,8 %	2,71 %	1,86 %
3	24,65 %	6,28 %	62,79 %	4,71 %	1,57 %
4	19,66 %	6,55 %	68,97 %	4,48 %	0,34 %
5	23,83 %	5,87 %	67,11 %	2,35 %	0,84 %
6	16,21 %	3,71 %	78,13 %	1,17 %	0,78 %

	Lymphozyt.	Große mono-nukl. Leukoz. u. Übergangformen	Polynukleäre Leukozyten	Eosinophile Zellen	Mastzellen
7	22,18 %	3,64 %	72,73 %	1,09 %	0,36 %
8	19,96 %	5,22 %	71,94 %	1,08 %	1,80 %
9	31,92 %	2,52 %	62,89 %	2,52 %	0,16 %
10	19,24 %	6,41 %	69,32 %	4,16 %	0,87 %
11	15,89 %	5,43 %	77,52 %	0,77 %	0,39 %
12	13,49 %	4,96 %	79,37 %	1,79 %	0,40 %
13	17,95 %	4,21 %	73,26 %	4,58 %	—
14	22,02 %	5,21 %	67,23 %	3,87 %	1,68 %
15	21,3 %	5,28 %	70,42 %	2,46 %	0,53 %
16	31,01 %	4,74 %	59,35 %	4,45 %	0,44 %
17	29,33 %	4.52 %	62,4 %	3,43 %	0,31 %
18	20,9 %	6,14 %	66,33 %	6,3 %	0,33 %
19	22,76 %	8,33 %	64,10 %	3,68 %	1,12 %
20	35,26 %	4,67 %	56,66 %	2,41 %	0,99 %

Daraus ergeben sich als Durchschnittwerte:

	vor der Behandlung.	nach der Behandlung.
Lymphozyten	25,75%	23,73%
große mononukleäre Leukozyten und Übergangformen	3,98%	5,26%
polynukleäre Leukozyten	67,35%	67,26%
eosinophile Zellen	2,56%	2,98%
Mastzellen	0,36%	0,77%.

Durch die Arsenophenylglyzinbehandlung wird also

der Hämoglobingehalt um 2,63%
das spezifische Gewicht um 0,14%
die Zahl der roten Blutkörperchen um 0,24%
die Zahl der weißen Blutkörperchen um 13,11%

vermehrt.

Bei der Differentialzählung der weißen Blutkörperchen ergeben sich durch die Behandlung eine

Abnahme der Lymphozyten um 7,68%
Zunahme der großen mononukleären Leukozyten und Übergangformen um 32,35%
Zunahme der eosinophilen Zellen um 16,78%
Zunahme der Mastzellen um .... 111,63%.

Es fand sich also nach Behandlung mit Arsenophenylglyzin eine wohl als einwandfrei geltende Leukozytose, und vor allem eine über die von *Ehrlich* gesetzte Grenze (0,5) hinausgehende **Vermehrung der Mastzellen.** Ob diese Leukozytose, und vor allem die Mastzellen irgendeinen vielleicht mittelbaren Einfluß auf die Zusammensetzung des Blutes bei Paralytikern haben, müssen weitere Untersuchungen lehren.

Wie man sich nun auch den Einfluß einer Therapie auf die Paralyse denken mag — man mag sie als Stoffwechselkrankheit betrachten und sie durch variierende Darreichung wirksamer Organpräparate oder auch Lezithingaben (*Peritz*) zu beeinflussen suchen, oder man mag die Paralytiker nach *Plaut* als Spirochätenträger ansehen und infolgedessen in erster Linie die noch wirksamen Spirochäten vielleicht durch Arsenophenylglyzin, vielleicht durch ein ähnliches Präparat — die Versuche werden weiter fortgesetzt — abtöten wollen, jedenfalls wird man mit *Alt* schon jetzt sagen können, „daß es über kurz oder lang einmal gelingen werde, einer frühzeitig erkannten Paralyse nicht ganz mit verschränkten Armen in ihrem weiteren Verlaufe zusehen zu müssen".

Literatur.

Alt, Die Wiener Heilversuche an Paralytikern. Psych.-neurol. Wschr. 1905, 1.

Alt, Behandlungsversuche mit Arsenophenylglyzin bei Paralytikern. Münch. med. Wschr. 1909, 29.

Alt, Über progressive Paralyse. Die ärztl. Praxis, 1. Febr. 1907.

Arndt, Fall von allgemeiner Paralyse. D. med. Wschr. Nr. 5. Ref. Allg. Ztschr. f. Psych. Bd. 38 S. 481.

Babcock, The relief of intra-cranial pressure in general paralysis of the insane, tabes dorsalis and other diseases by lumbar punction. (State Hospitals Bull. 1896.) Neurol. Ztlbl. 1897.

Bacon, zit. nach *Nasse* u. *v. Halban*.

Baillarger, Appendice au Traité des maladies mentales du Prof. *Griesinger*, Paris 1869, zit. nach *v. Halban*.

Baune, zit. nach *v. Halban*.

Bayle, Maladies du cerveau et de ses membranes. Paris 1826, zit. nach *Doutrebente* u. *v. Halban*.

Billod, Cas de paralysie générale des aliénés, suivi de guérison. Ann. méd. psych. Oct., p. 625—630. Jahresber. ü. d. Fortschritte i. d. Heilkunde, 1850, III.

Billod, Recherches sur la paral. générale. Zit. nach *Doutrebente*.

Birsch-Hirschfeld, Deutsche med. Wschr. 1880, S. 162.



Bodoni, Dell'azione sedativa del bleu di metilene in varie forme di psicosi. (Clin. Med. Ital. 1899, Aprile.) Neurol. Ztlbl. 1899.

Boismond, Recherches sur l'identité des paralysies générales progressives. Ann. méd.-psych., avril, p. 177—203. J. ü. d. F. i. d. H. 1851, III.

Bonnefous, Ann. méd.-psych. 1869, mai. Zit. nach *v. Halban*.

Boubila, Hadjès et *Cossa*, Du chlorure d'or et du sodium dans la paralysie générale progr. Ann. méd.-psych. 1892, janvier—avril. Neurol. Zentralbl. 1892.

Bouchut, cfr. *Déguise*.

Bruce, Clinical and experimental observations upon general paralysis. (Brit. med. Journ. 19., 29. Juni.) Neurol. Zentralbl. 1902.

Brunet, Traitement et curabilité de la peri-cérébrite. Ann. méd.-psych. T. VIII, Nr. 3. J. ü. d. L. u. F. i. d. ges. Med., 1882, II.

Bulard, zit. nach *v. Halban*.

Calmeil, Traité des maladies inflammatoires du cerveau. Paris 1859. Schmidts Jahrb. 106.

Capps, A study of the blood in general paralysis. Amer. Journ. of the med. sc. CXI, p. 650, 1896. Schmidts Jahrb. 255.

Christian, Mal perforant du pied dans la paralysie génér. Ann. méd.-psych. t. VIII, Nr. 2. J. ü. d. L. u. F. i. d. ges. Med. 1882, II.

Clouston, Über den Gebrauch von Opium, Bromkalium und Cannabis indica bei Geisteskrankheit. Brit. Rev. XLVII. Schmidts Jahrb. 150.

Combes, Thèse, Paris 1858. Zit. nach *v. Halban*.

Cossa, vgl. *Boubila*.

Déguise, Nutzen des Arg. nitr. bei Lähmungen. Bull. de Thér. l. c. VII. Schmidts Jahrb. 130.

Delasiauve, Über die allgemeine Lähmung bei Irren. Gaz. des Hôp. 1853. Schmidts Jahrb. 81.

Descourtis, Des injections hypodermiques d'ergotine dans le traitement de la paralysie générale. (L'Encephale 1885, Nr. 3.) Neurol. Zentralbl. 1885.

Devau, Des remissions thérapeutiques de la Paralysie générale. Lyon medical 7. J. ü. d. L. u. F. d. ges. Med. 1903, II.

Diefendorf, Blood changes in dementia paralytica. Amer. Journ. of med. sc., p. 1047. J. ü. d. L. u. F. d. ges. Med. 1904, II.

Dietz, Dementia paralytica und Lues. Allg. Zeitschr. f. Psych. Bd. 43.

Dobrschansky, Über einen Fall von progressiver Paralyse mit 14 jähriger Remission, nebst einigen Bemerkungen zur Therapie der Dem. paral. Jahrb. f. Psych. 28. Neurol. u. psych. Jahresber. 1907.

Donath, Die Behandlung der progress. Paralyse sowie toxischer und infektiöser Psychosen mit Salzinfusionen. Zeitschr. f. Psych. 60.

Donath, Die Behandlung der progressiven allgem. Paralyse mittels Nuklein-injektionen. Wien. klin. Wochenschr. XII. Schmidts Jahrb. 1909.



Donath, Die Behandlung der progressiven Paralyse usw. Neurol. u. psych. Jahresber. 1903.

Doutrebente, Des différentes espèces de remissions qui suivent dans le cours de par. génér. progr. Ann. méd.-psych., t. XIX. Zit. nach *v. Halban*.

Dubuisson, Traité de vesanie. Zit. nach *v. Halban*.

Ducheck, Über Blödsinn mit Paralyse. Prager Vierteljahrsschr. J. ü. d. F. i. d. Heilk. 1851, III.

Duval, Heilung einer allg. progr. Paralyse. Revue de thér. et chir. 1859. Zit. nach *v. Halban*.

Ehrlich und *Lazarus*, Die Anämie. Nothnagel, Spez. Path. u. Ther., 1901, Bd. 8.

Ellinger, Behandlung der Geisteskrankheiten. Zeitschr. f. Psych. Bd. 9, 1852.

Escoler, Coup d'œil rapide sur la paralysie générale imparfaite chez les aliénés. Lond. med. gaz., Sept. 1851. J. ü. d. F. i. d. Heilk.,VIII.

Esquirol, Thèse, Paris. Zit. nach *v. Halban*.

Fabre, Thèse. Paris 1832. Zit. nach *v. Halban*.

Falk, Heilungen langjähriger Geisteskrankheiten. Neurol. Zentralbl. 1883, Nr. 13.

Falret, Thèse. Paris 1853. Zit. nach *v. Halban*.

Ferrus, Thèse. Zit. nach *v. Halban*.

Fiedler, Über den Einfluß akuter fieberhafter Krankheiten auf Psychosen. Deutsche med. Wochenschr. 1880.

Fischer, Über die Wirkung des Nukleins auf den Verlauf der progressiven Paralyse. Prager med. Wochenschr. 1909, 29. Zentralbl. f. Nervenheilk. u. Psych. 1909, 23.

Flemming, Über die Wirkung des Brechweinsteins in seiner Anwendung gegen die Psychopathien. Allg. Zeitschr. f. Psych., V. J. ü. d. F. i. d. Heilk. 1848, III.

Flemming, Zur Prognose der Dementia paralytica. Irrenfreund 1877.

O. Foerster, Ein Fall von Dementia paral. nach Typh. abdom. mit Ausgang in vollkommene Heilung. Monatsschr. f. Psych., XVI. Jahresbericht d. Neurol. u. Psych. 1904.

R. Foerster, Über das *Wassermann-Plaut*sche Verfahren der Serodiagnostik bei syphilidogenen Erkrankungen des Zentralnervensystems. Zentralbl. f. Nervenheilk. u. Psych. 1908.

Foville, A., Klinische Studie über Irresein mit Vorherrschen des Größenwahnsinns. (Gaz. des Hôp. 1871.) Schmidts Jahrb. 156.

Foville, Ann. méd.-psych. 1858, p. 378. Zit. nach *v. Halban*.

di Gaspero, Über die Kochsalzinfusionstherapie bei Geisteskranken. Ther. d. Gegenwart. Jahr.-Ber. f. Neurol. u. Psych. 1902.

Gauster, Sitzungsber. d. Ver. f. Psych. vom 9. Jan. 1875. Psych. Zentralbl. 1875.



Gauster, Zur Kasuistik der Heilungen der progr. Paral. Psych. Zentralbl. 1876.

Gauster, Die Heilung der allg. progr. Paral. J. f. Psych., Wien 1879.

Girma, Des effets de l'ergotine dans les troubles congestifs de la paralysie générale. (L'Encephale 1884.) Neurol. Zentralbl. 1884.

Greidenberg, Kochsalzinfusionen in der Therapie der Geisteskrankheiten. Russkij Wratsch. J.-Ber. f. Neurol. u. Psych., 1904.

Guislain, zit. nach *v. Halban*.

Guttstadt, Aus der Statistik der Irrensantalten für Preußen, 1875. Zit. nach *v. Halban*.

Hadjès, vgl. *Boubila*.

v. Halban, Zur Prognose der progr. Paralyse. Jahrb. f. Psych. u. Neurol. Bd. 22, 1902.

Haunhorst, Zur Behandlung der progr. Paralyse. Berl. klin. Wochenschr. 1880, 13.

Heinrich, Zeitschr. f. Psych. 1849, S. 184.

Hirschl, Verein f. Psych. u. Neurol. Wien. klin. Wochenschr. 1904, 52. Neurol. Zentralbl. 1905.

Hougberg, Beiträge zur Kenntnis der Ätiologie der progr. Paralyse mit bes. Berücksichtigung der Syphilis. Zeitschr. f. Psych. 50.

Hudoverning, Therapeutische Versuche mit Enesol bei Tabes und Paralyse. Zentralbl. f. Nervenheilk. u. Psych. 1909, 20.

Hudoverning, Über die Indikationen einer antiluetischen Behandlung der Tabes dorsalis und der Par. progr. Pester med. chir. Presse Nr. 30. Jahresber. f. Neur. u. Psych. 1906.

Jach, Über Antitrypsingehalt des Blutserums bei Geisteskranken. Münch. med. Wochenschr. 1909.

Jacobi, Einreibungen des Ungt. stib. in die Scheitelgegend und kalte Bäder in bestimmten Fällen mit Seelenstörungen begleiteter Krankheiten. (Allg. Zeitschr. f. Psych., Bd. 11, 1854, S. 369.)

Ideler, Mitteilungen über die Bewegung an der städtischen Irrenanstalt von Berlin für das Jahr 1875. Zit. nach *v. Halban*.

Idelson, Über das Blut und dessen bakterizides Verhalten gegen Staphylokokkus pyogenes aureus bei progr. Paralyse. Arch. f. Psych. 1899, III.

Ingels, zit. nach *v. Halban*.

Jolly, Syphilis und Geisteskrankheiten. Berl. klin. Wochenschr. 1901. Neurol. Zentralbl. 1901.

Kaes, Ärztl. Verein zu Hamburg. Neurol. Zentralbl. 1902.

Kaufmann, Beiträge zur Pathologie des Stoffwechsels. Fischer, Jena, 1908.

Kayser, Die Behandlung der Paralyse mit Mergal. Psych.-neurol. Wschr. 1907. Neurol. Zentralbl. 1908.

Kétly, Ist die Entwicklung der Tabes dors. oder der progr. Paralyse durch eine gründliche Behandlung der Syphilis zu verhindern oder



nicht? Orvosi Hetilap Nr. 1. Jahresber. f. Neurol. u. Psych. 1906.

Klippel, M. et *E. Lefas*, Le sang dans la paralysie générale et le tabes. Arch. génér. de méd. 80. Ann. t. I. Jahr.-Ber. üb. d. L. u. F. i. d. ges. Med. 1904, II.

Kobert, Lehrbuch der Pharmakotherapie. 1908.

Kowalewsky (Charkow), Geistesstörung bei Syphilis. Allg. Zeitschr. f. Psych. Bd. 50, S. 40. Neurol. Zentralbl. 1894.

v. Krafft-Ebing, Die progr. allgem. Paralyse. Spezielle Path. u. Ther. von *Nothnagel*. Wien 1901.

Krell, Zur Frage der Heilung der Dementia paralytica. Inaug.-Diss., Bonn 1908.

Kusnetzow, Zur Frage der Genesung bei Paralysis progr. Wratsch. Nr. 10, 1892. Allg. Zeitschr. f. Psych. Bd. 49, Lit. S. 287*.

Laffite, Arch. cliniques des maladies mentales, t. I. Zit. nach *v. Halban*.

Lagarvelle, Traitement de la paralysie générale progressive. Jahresber. ü. d. L. u. F. i. d. ges. Med. 1879, II.

Lazarus, vgl. *Ehrlich*.

Leidesdorf, Diagnose und Behandlung der paralytischen Geisteskrankheit. Wien. med. Wochenschr. XIX, 1869. Schmidts Jahrb. 148.

Leidesdorf, Über die Privatirrenanstalt des Dr. *Leidesdorf* in St. Petersburg. Med. Zeitschr. Rußlands 1850. Zeitschr. f. Psych. Bd. 7, H. 2, 1850.

Leidesdorf, Klinischer Beitrag zur paralyt. Geistesstörung. Vortrag, gehalten in der k. k. Gesellschaft der Ärzte im November 1877. Med. Jahrb., Wien 1878. Zit. nach *v. Halban*.

Lejeune, Du traitement de la paralysie générale et du tabès par les injections de benzoate de mercure. Lille, Sautai. Jahresber. f. Neurol. u. Psych., 1902.

Lemoine, Des résultats du traitement mercuriel intensif appliqué à la paralysie génér. et au tabès. Revue neurolog. Nr. 14. Jahresber. f. Neurol. u. Psych., 1902.

Lemoine, Traitement de la paralysie génér. et de l'ataxie locomotrice par les injections de benzoate de mercure. Nord. méd. IX. — Jahresbericht f. Neurol. u. Psych., 1902.

Leredde, La nature syphilique et la curabilité du tabès et de la paralysie générale. Paris 1903, C. Nand. Neurol. Zentralbl. 1903.

Levinstein, Beitrag zur Ätiologie und Therapie der Dementia paral. Inaug.-Diss., Berlin. Jahresber. ü. d. L. u. F. i. d. ges. Med., 1887.

Lunier, De l'emploi de la medication bromo-jodurée dans le traitement de l'aliènation mentale et de la paralysie génér. progr. Gaz. des hôp. 117, 118. Jahresber. ü. d. F. i. d. Heilk. 1853, III.

Lunier, Ann. méd.-psych. 1870. Zit. nach *v. Halban*.

Lustig, Zur Kasuistik der Paralyse. Zeitschr. f. Psych. 57, S. 509.



Mabille, Paralysie génér. ou Folie paralytique? Ann. méd.-psych. 1886. Neurol. Zentralbl. 1887.
Macdonald, Zur Wiedergenesung von Paralysie générale. Aus Amer. Journ. Gaz. méd. de Paris 1859. Zeitschr. f. Psych. 16, S. 534.
Mackenzie, zit. nach *v. Halban*.
Macleod, Two cases of general paralysis. Journ. ment. sc. J. ü. d. L. u. F. i. d. ges. Med. 1879, II.
Marchand, Soc. méd.-psych. Sitzung vom 27. Okt. 1902. Psych.-neurol. Wochenschr. 1903.
Marcé, Gaz. des hôp. 1863. Zit. nach *v. Halban*.
Marie et *Pelletier*, Mal perforant et paralysie génér. Arch. de neurol. XXI. Jahresber. f. Neurol. u. Psych., 1906, S. 1123.
Mendel, Progressive Paralyse der Irren. Realenzyklopädie Bd. 29, 1898. Zit. nach *v. Halban*.
Meschede, 60. Versammlung deutscher Naturforscher u. Ärzte in Wiesbaden, 1887. Neurol. Zentralbl. 1887.
Meyer, Die Behandlung der allgem. prog. Paralyse (Dem. par.). Berl. klin. Wochenschr. 1877.
Meyer, Über die Behandlung der progr. Paralyse durch Scheitelfontanellen. Berl. klin. Wochenschr. 1880, 15.
Mickle, General paral. of the insane. Zit. nach *v. Halban*.
Molnar, Beiträge zur Frage der Heilung der Paralysis progr. Pester med. chir. Presse 1899. Zit. nach *v. Halban*.
Marandon de Montyel, Le mal perforant dans la paral. génér. Rev. de méd. Jahresber. f. Neurol. u. Psych. 1904, S. 1087.
Morel, Ann. méd.-psych. 1858. Zit. nach *v. Halban*.
Nasse, Einiges zur allgem. Paralyse der Irren. Allgem. Zeitschr. f. Psych. Bd. 42, S. 316.
Oebecke, Klinische Beiträge. Allgem. Zeitschr. f. Psych. Bd. 36. Schmidts Jahrb. 186.
Oebecke, Über Schädeleinreibungen bei allgem. fortschreitender Paralysis. Allg. Zeitschr. f. Psych. 38, S. 294.
Pappenheim, Atlas der menschlichen Blutzellen. Fischer, Jena 1909.
Pelletier, vgl. *Marie*.
Pelmann, zit. nach *v. Halban*.
Pilcz, Über Heilversuche an Paralytikern. Jahrb. f. Psych. u. Neurol. XXV.
Pilcz, Zur Tuberkulintherapie bei der progr. Paralyse. Wien. med. Wochenschrift 1907.
Pilcz, Über die Behandlung der progr. Paralyse durch den Hausarzt. Wien. med. Wochenschr. 1909.
Platonoff, Zur Frage über die progr. Paralyse der Irren und über ihre Behandlung bei Syphilitikern. Schmidts Jahrb. 234.
Plaut, Die *Wassermann*sche Serodiagnostik der Syphilis in ihrer Anwendung auf die Psychiatrie. Fischer, Jena 1909.



Pritchard, Counter-Irritation in gen. paral. Journ. of ment. sc. J. ü. d. L. u. F. i. d. ges. Med., 1886.

Renandin, zit. nach *v. Halban.*

Robertson, Anwendung der Digitalis bei Seelenstörungen. Brit. med. journ. Schmidts Jahrb. 123, 1863.

Robertson, The Pathology of Gen. Paral. of the Insane. The Edinburgh Med. Journ. 1905 Arch. f. Psych.

Sandras, Über Paralysis gén. progr. Bull. de thér. Schmidts Jahrb. 1848.

Savage, Journ. of ment. sc. 1881. Zit. nach *v. Halban.*

Schaefer, Ein genesener Paralytiker. Allg. Ztschr. f. Psych., Bd. 53, S. 786.

Schauenburg, Das künstliche Exanthem als Mittel gegen akute Geistesstörungen. Vierteljahrsschrift f. Psych. J. ü. d. L. u. F. i. d. ges. Med., 1869.

Schöller, Österr. med. Wochenschr. 1847. Zeitschr. f. Psych. 1848, V. S. 6, 7, 9.

Schüle, Beiträge zur Kenntnis der Paralyse. Allgem. Zeitschr. f. Psych. Bd. 32, S. 581.

Schultz, Über das Verhalten der Alkaleszenz des Blutes und der weißen und roten Blutkörperchen bei Nerven- und Geisteskranken. Monatsschr. f. Psych. u. Neurol. 1907. Zentralbl. f. Nervenheilkunde u. Psych. 1908.

Seeligmann, Zur Ätiologie und Therapie der progressiven Paralyse. Dtsch. Ztschr. f. Nervenheilk. XIII. Schmidts Jahrb. 260.

Seifert, D. med. Wochenschr. 1880. Zit. nach *v. Halban.*

Semelaigne, Sur la chirurgie cérébrale dans les aliénations ment. Ann. méd.-psych. Paris 1895. Neurol. Zentralbl. 1895.

Shaw, Surgical treatment of general paralysis of the insane. Brit. Journ. J. ü. d. L. u. F. i. d. ges. Med., 1891.

Smith, The chirurgical treatment of gen. paral. Brit. Journ. J. ü. d. L. u. F. i. d. ges. Med., 1890.

Snell, zit. nach *v. Halban.*

Spengler, Zur Frühdiagnose und Therapie der progr. Paralyse. Neurol. Zentralbl. 1901.

Spielmeyer, Atoxyl bei Paralyse. Berl. klin. Wochenschr. 1907.

Stölzner, Zur Prognose der allgem. Paralyse. Der Irrenfreund, 1877. Zit. nach *v. Halban.*

Stone, Fall von geheilter allgem. Paralyse. (Lanc. I, 5, 1867.) Schmidts Jahrb. 135.

Sunda, Beiträge zur Behandlung der apoplektiformen und epileptiformen Anfälle bei Paral. gen. Schmidts Jahrb. 275.

Teissier, Du ramollissement cérébral à forme lente et son traitement par la Médication tonique. Gaz. méd. de Lyon. J. ü. d. F. i. d. Heilk., 1859.

Thomsen, Über die prakt. Bedeutung der Syphilis-Paralysefrage. Allgem. Zeitschr. f. Psych. Bd. 46, S. 615.. Schmidts Jahrb. 226, 1890.

Thos, A practical account of gen. paral. London 1858. Schmidts Jahrb. 107.

Trélat, Ann. méd.-psych. 1845. Zit. nach *v. Halban.*

Tschisch, Zur Ätiologie und Therapie der progr. Paralyse der Irren. Zentralblatt f. Nervenheilk. u. Psych. 1895.

Türk, Klinische Hämatologie. Braumüller, Wien u. Leipzig, 1904.

Turner, Vertebral punction in gen. paral. of the insane. Brit. med. Journ. J. ü. d. L. u. F. i. d. ges. Med., 1896.

Voisin, F., Nutzen des Cauteriums gegen Verrücktheit, die mit Lähmung kompliziert ist. Bull. de l'Acad. royale de Med. J. ü. d. F. i. d. Heilk., 1843.

Voisin, A., Curabilité de la paralysie générale des aliénés. Bull. d. Tér. 1889. Schmidts Jahrb. 223.

Wagner, Über den Einfluß fieberhafter Erkrankung auf Psychosen. Jahrb. f. Psych. Bd. VII, 1887.

Wallace, The surgical treatment of gen. par. of the insane. Brit. med. Journ. J. ü. d. L. u. F. i. d. ges. Med., 1892.

Wendt, Fall von Dem. paral. mit Übergang in Genesung. Zeitschr. f. Psych., Bd. 46, S. 77.

Willis, zit. nach *v. Halban.*

Winn, A critical Treatise on the general Paralysis of the Insane. London 1848. J. ü. d. F. i. d. Heilk., 1849.

Zeller, Statistischer Bericht der Heilanstalt Winnenthal von 1846 bis 1854. Württemb. Korrespondenzbl. 1854. Schmidts Jahrb. 86.

Zweig, Versuche mit Tiodin und Atoxyl bei metasyphilitischen Erkrankungen des Zentralnervensystems. D. med. Wochenschr. 1908. Zentralbl. f. Nervenheilk. u. Psych. 1909.



Über die Nachteile der Arbeitstherapie bei akuter Geisteskrankheit.

Von

Privatdozent Dr. **M. Kauffmann** in Halle a. S.

In neuerer Zeit wird der therapeutische Wert der systematischen Beschäftigung von Geisteskranken in den Anstalten und Kliniken allgemein als wertvolle Bereicherung unserer ärztlichen Hilfsmittel gerühmt. Einzelne Anstalten haben in großartiger Weise Arbeitswerkstätten eingerichtet. In vielen Kliniken und Anstalten ist Garten- und Feldarbeit in großem Stile durchgeführt.

Viele Erfahrungen scheinen für den Erfolg der Arbeitstherapie zu sprechen; so besitze ich selbst Berichte von Kranken, die nach der Überführung von der Klinik in eine Anstalt bei systematischer Beschäftigung sich überraschend schnell besserten; Anverwandte von Kranken führten manche rasche Genesung auf die Heilwirkung der Arbeit zurück.

Was nun unsere therapeutischen Schlußfolgerungen in der Psychiatrie anbetrifft, so gilt hier, wie auch z. B. in der inneren Medizin, der Grundsatz: post hoc non est propter hoc. Ich möchte aus der inneren Medizin einige Beispiele anführen:

Bei Typhus meinte man dem Antipyrin oder dem Calomel eine entscheidende Wirkung zuschreiben zu müssen, sodaß man also wohl direkt von einem Kunstfehler sprach, wenn solche Mittel nicht angewandt wurden, oder man glaubte bei Tabes dorsalis vieles zu versäumen, wenn man nicht Silbernitrat-Pillen gereicht hätte usw. Während nun die innere Medizin immermehr die arzneilose Behandlung anstrebt — so werden von vielen bei Typhus überhaupt keine Arzneimittel mehr gegeben, sondern man kuriert nur symptomatisch, also hohes Fieber mit Einpackungen oder Antipyreticis, sonst aber überläßt man die Heilung den Tendenzen des Organismus selbst —, glauben wir in der Psychiatrie der Natur mehr oder weniger intensiv nachhelfen zu müssen.



Auch bezüglich der Ätiologie machen wir uns unnötigerweise Kopfschmerzen. Man kann ja doch von mancher Nephritis überhaupt nicht angeben, wodurch sie ätiologisch bedingt ist —, aber für Gehirnerkrankungen müssen wir irgend eine Ursache finden. Dabei verfallen wir oft noch in den Fehler, daß wir eine selbständige Erkrankung des Gehirns nicht gelten lassen wollen, daß wir also nach Erkrankungen anderer Körperorgane als Ausgangpunkt forschen. Eine mehr oder weniger genaue Statistik bringt Material für solche Anschauungen herbei, und so können wir dann mit großer Befriedigung endogene und exogene Ursachen für Geisteskrankheiten klassifizieren und rubrizieren.

Ich muß es mir hier versagen, die ganze Frage der Arbeitstherapie eingehend zu behandeln, ich möchte auch durchaus nicht ihren günstigen Einfluß bei manchen Kranken leugnen; aber um wirklich eine heilende Wirkung derselben behaupten zu können, müßten große Versuchsreihen vorhanden sein von mit Arbeitstherapie behandelten Kranken und von anderen ohne eine solche. Der allgemeine Eindruck ist zwar schließlich auch ein Beweismittel, aber kein exaktes. Hier sollen nur einige Bemerkungen Platz finden auf Grund exakter Beobachtungen, die gegen die Arbeitstherapie bei bestimmten Fällen von Geisteskrankheit sprechen.

1. Die Störung der Wärmeregulation. Die Erhaltung der Körpertemperatur auf 37,0 und wenigen Zehntelgraden darüber und darunter wird durch Erweiterung und Verengerung der Gefäße, durch die Tätigkeit der Schweißdrüsen der Haut, durch Wasserabgabe durch Lungen, Nieren und Darm und durch Drüsen- und Muskelarbeit erzielt. Es sind ziemlich komplizierte Vorgänge, welche die Wärmeregulation bedingen. So müssen die Gefäßzentren mit den Zentren für die Muskelbewegungen zusammenspielen, das sympathetische Nervensystem, der Muskeltonus usw. wirken zusammen. A priori kann man nun bei Gehirnkranken eine Störung der Wärmeregulierung voraussetzen, und diese findet tatsächlich auch statt, vermutlich werden beispielweise die oft beträchtlichen Temperatursteigerungen bei der progressiven Paralyse durch Kontraktionen der Hautgefäße und Schweißdrüsenausgänge verursacht, es besteht also eine Verminderung der physiologischen Wärmeabgabe. Während nun Muskelbewegungen, die ja eine vermehrte Wärmebildung erzeugen,



vom gesunden Organismus durch vermehrte Wärmeabgabe (durch Wasserverdunstung) kompensiert werden, vermag der Gehirnkranke dies häufig nicht, und so sehen wir dann ein sogenanntes „Arbeitsfieber". Ich habe eingehende Versuche darüber angestellt, man kann durch leichte Körperbewegung Temperatursteigerungen bis zu 40° erzielen. Dieses Fieber bedeutet aber eine Gehirnschädigung, und nicht so selten beobachtet man dabei starke Erregungzustände. So habe ich bei einem Epileptiker, der nach einigen Stunden Feldarbeit regelmäßig erregt und gewalttätig wurde, wiederholt die Temperatur messen lassen, er hatte Temperatursteigerungen bis zu 39°. Für diesen Kranken bedeutete also die vermehrte Muskelarbeit direkt eine Schädigung. Es läßt sich also der Satz aussprechen, daß Geisteskranke, welche an Störungen der Wärmeregulation leiden — und diese sind ziemlich häufig — nicht mit Arbeitstherapie behandelt werden dürfen.

2. Die Beteiligung des Gehirns bei Muskelarbeit. — Die Erhaltung des Gleichgewichts, die Innervation der Muskeln, die Ausführung zweckmäßiger Bewegungen, die Koordination, die Tätigkeit der Antagonisten — alles sind Vorgänge, die von dem Gehirn aus reguliert werden müssen. Ist dieses aber erkrankt, so wird man dem Organ möglichste Schonung angedeihen lassen müssen; geschieht dies nicht, so kann (analog wie z. B. bei manchen Herzerkrankungen) Mehrarbeit die Krankheitprozesse ungünstig beeinflussen. Tatsächlich beobachten wir nun, daß manche Geisteskranke nach dem Aufstehen und Umhergehen, also nach Mehrleistung auch des Gehirns, allmählich unruhig werden, daß der psychische Zustand sich verschlechtert.

Allein bei vermehrter Muskelarbeit finden auch lebhaftere Stoffwechselvorgänge statt, es werden mehr Ermüdungstoffe, Schlacken des Stoffwechsels produziert, allerdings wieder in erhöhtem Maße ausgeschieden. Ein normales Gehirn wird nun dadurch nicht besonders affiziert; im Gegenteil, eine mehr oder weniger erhebliche Muskelanstrengung ist zur Erzielung eines ruhigen Schlafes oft Bedingung. Aber daß das Gehirn durch starke Muskelarbeit in irgend einer Weise beeinflußt wird, das können wir bei uns selbst beobachten; wir sind nämlich nach angestrengten Märschen, wobei wenig oder gar keine geistige Tätigkeit geleistet wird, nicht oder schwer imstande, letztere zu leisten. Wenn aber unter dem Einfluß eines erkrankten Nerven-



systems oder eines Giftes die Stoffwechselvorgänge in pathologischer Weise verlaufen, so entstehen durch die Steigerung eben dieser Vorgänge hinwiederum noch weitere Schädigungen. Wahrscheinlich sind die schweren anatomischen Veränderungen in den Hintersträngen des Rückenmarks, die *Edinger* durch Muskelarbeit bei vergifteten Tieren erzeugen konnte, nicht als Aufbrauch von Nervensubstanz aufzufassen, sondern als eine Folge von kumulierter Giftwirkung.

Aus all diesen Erwägungen ergibt sich die Lehre, daß Gehirnkranke jedenfalls dann, wenn sie nach Muskelarbeit erregt werden, eben durch letztere in verschiedener Weise geschädigt werden.

3. Der Heilwert der Bettruhe. — Bei Kranken kann man allgemein konstatieren, daß die Ruhelage gesucht wird, daß dabei die krankmachenden Schädlichkeiten am besten überwunden werden bzw. am wenigsten nachteilige Wirkungen auf den Organismus entfalten. Wenn z. B. ein Pneumoniker, entgegen dem ärztlichen Rat und ohne auf die subjektiven Beschwerden zu achten, weiter arbeitet, so kann es zu schweren Herzkollapsen kommen. Die Ruhelage scheint aus verschiedenen Gründen dem erkrankten und vergifteten Organismus (vergl. auch die oben erwähnten Versuche *Edingers*) die beste Möglichkeit zu gewähren, die Heilkräfte, welche die Natur uns selbst gibt, am wirksamsten zu verwerten. Ich beziehe mich auf die unter 2. gemachten Erörterungen und möchte hier bloß auf die schon längst bei Tieren und Menschen beobachtete Neigung, bei allerlei Indispositionen zu ruhen, hinweisen.

Freilich haben wir gerade bei den Geisteskrankheiten häufig eine Durchbrechung dieses Prinzips, und ich möchte hier gleich deshalb bemerken, daß ich nicht bei allen Geisteskranken die Arbeitstherapie vermissen möchte (meine Ausführungen gehen nur gegen das gedankenlose Schematisieren). So erreichen wir bei Deliranten durch Schlafmittel nur Ruhepausen, aber das Delirium geht nachher unverändert weiter, es scheint also die gewaltige Steigerung der Verbrennungsvorgänge, die wir gerade bei Deliranten auf Grund starker Eiweißverluste annehmen müssen, für die Heilung des Zustandes eine wesentliche Bedingung zu sein. Und in Analogie mit den Versuchen von *Magnus-Levy*, der bei Hunden nach überreichlicher Eiweißnahrung Hyperkinese, und wenn diese nicht möglich war, Fieber beobachtete, habe ich bei Geisteskranken an die Heilwirkung



der gesteigerten Motilität gedacht. Noch weiter, — ich denke mir, daß man vielleicht die Hyperkinese bei manchen Geisteskranken als Heilfaktor verwerten sollte, z. B. durch Anwendung der gemilderten Tretmühle usw., — doch sind diese Fragen alle noch nicht spruchreif.

Die vorzüglichen Resultate der Bettruhe sind ja allgemein bekannt, wir erleben so häufig, daß leicht aufgeregte Kranke durch mehrtägiges Liegen wieder rasch beruhigt werden. Auch Rekonvaleszenten werden am besten im Bett gehalten. Es hat mir zwar einmal ein Kollege vorgeworfen, daß ich die Leute systematisch zum Müßiggang erziehe, und Anverwandte von Kranken machten mir wiederholt Vorhaltungen, daß ich den Genesenden schade, daß sie sich über mich beklagen. Allein auf das Urteil der Kranken ist ja nicht viel zu geben — ginge es nach ihnen, so wären wir dieselben meist rasch los —, und ich beneide einige Kollegen nicht um den Standpunkt, (der mehr der wissenschaftlichen Ausbildung eines Oberwärters entspricht,) daß die Irrenanstalt vor allen Dingen dazu da sei, den Kranken zufrieden zu stimmen.

Tatsächlich habe ich mit systematischer Bettbehandlung, deren Einförmigkeit durch leichte Lektüre, Lesen von illustrierten Journalen, Vorlesen, ferner nach amerikanischem Muster durch Musik, Kinematographenvorstellungen, Lichtbildervorträge usw. gemildert werden kann, viele unbestreitbare günstige Erfolge erzielt. Man kann auch dabei Tonica verwenden wie Liquor ferri pepton. mangan. usw., doch ist deren Wert nicht zu überschätzen.

Besonders scheint mir die Anlage von Liegestätten im Freien viel zu versprechen, auch *Ganser* hat diese 1904 in der Vereinigung mitteldeutscher Psychiater und Neurologen warm empfohlen. Gerade der Wechsel von Tag- und Schlafraum wirkt ja recht günstig. Außerdem müßte den Kranken sonst reichlich Gelegenheit gegeben werden, sich hinzulegen, ohne daß sie sich gleich auszuziehen brauchten. (In manchen Kliniken besteht die Vorschrift, daß sich die Kranken in Kleidern nicht auf die Betten legen dürfen!)

Nicht die horizontale Lage ist das Wirksame der Bettruhe, sondern die nur damit ermöglichte Ruhigstellung des Organismus, auch des Gehirns.

4. Rationelle Diät. — Die Ruhelage erfordert selbstverständlich andere Nahrung wie die Tätigkeit. Regunglose Kranke, dürfen nicht die normale Kalorienmenge von etwa 30 pro kg bekommen

sondern nur 20—25, Deliranten aber brauchen statt der 40 Kalorien pro kg des arbeitenden Mannes 60 Kalorien und noch mehr. Zudem aber haben unsere neueren Untersuchungen ergeben, daß das Stickstoffgleichgewicht bei vielen Kranken bedeutend gestört ist, insofern, als ganz bedeutende Mengen von Stickstoff im Körper zurückbehalten werden, also die Verhältnisse hier ähnlich liegen wie bei der Urämie. Es gelang mir, die Schädlichkeiten zu großer Eiweißzufuhr und zu reichlicher Nahrung bei verschiedenen Fällen durch exakte Experimente nachzuweisen, es entstand Fieber und motorische Unruhe. Andererseits können wir, anknüpfend an das vorhin Besprochene, uns die Frage vorlegen, ob nicht die motorische Unruhe mancher Kranken eine Heiltendenz des Organismus bedeutet, um gewisse Schlacken des Stoffwechsels rascher zu eliminieren. Unter diesem Gesichtspunkt ist auch die Nahrungverweigerung der Kranken zu beurteilen, vielleicht stellt sie eine zweckmäßige Schutzvorrichtung des Organismus dar.

Aus all diesen Gründen dürfte auch die Kostordnung von *Hitzig* r die Hallenser Nervenklinik für die meisten Geisteskranken als cht mehr zeitgemäß bezeichnet werden. Es ist hier nicht der Ort, her darauf einzugehen.

5. Zusammenfassung. 1. Viele Geisteskranke leiden an örungen der Temperaturregulierung, und müssen deshalb eine verehrte Wärmebildung durch Muskelarbeit, wie sie die Arbeitstherapie it sich bringt, vermeiden.

2. Ein erkranktes Gehirn muß bei Muskelarbeit mehr leisten, als i Bettruhe; bei ersterer werden mehr Ermüdungstoffe, die auf ı empfindliches Gehirn ungünstig wirken können, produziert, als bei zterer. Da den Heiltendenzen des Organismus bei Erkrankungen n Körperorganen, Entzündungen usw. erfahrunggemäß durch Bette am besten Vorschub geleistet wird, so ist auch unseren Kranken rzugweise die Ruhelage anzuempfehlen.

3. Diese sollte durch geeignete Unterhaltungsmittel, durch Liegetten im Freien usw. abwechslungreicher gemacht werden.

4. Ebenso wie bei inneren Erkrankungen sehr viel durch eine genete Diät erreicht wird, so sollten deren Grundsätze, besonders die rmeidung von Stickstoffretentionen und eines zuviel von Brennrten, bei Gehirnkranken allgemein angewendet werden.



Eine ungewöhnlich starke Reaktion auf Anwendung der Methode nach Toulouse-Richet bei einem alten Epilepsiefall[1].

Von

Dr. **Wern. H. Becker.**

Nachdem diverse während und nach der Jahrhundertwende auftauchende Epilepsiebehandlungsmethoden der Brombehandlung in dem Kampfe gegen die Fallsucht haben wieder Platz machen müssen, ist neuerdings der Streit der Meinungen, ob mit organischen oder anorganischen Mitteln und ob mit Chorausschaltung oder ohne dieselbe gegen die genuine Epilepsie vorzugehen sei, immer noch im vollen Gange. Die Methode nach *Toulouse-Richet*, welche die Chlorsalze in die Nahrung des Epileptikers ganz oder teilweise durch Bromsalze ersetzt, ist in neuerer Zeit mehrfach in der Literatur eingehender Besprechungen gewürdigt worden, denen nicht viel mehr hinzuzufügen ist; doch habe ich kürzlich Erfahrungen in einem Falle gemacht, der mir deshalb von allgemeinem Interesse zu sein scheint, weil die ungünstigen Nebenwirkungen des Heilverfahrens, trotzdem nur ein geringer Prozentsatz des Speisechlornatriums durch Bromnatrium ersetzt wurde, sich evident bemerkbar machten.

E. D., geb. B., 48 Jahr alt, Schuhmacherfrau. Über endogene oder exogene Schädlichkeiten, die die Epilepsie verursacht haben könnten, nichts bekannt; seit Oktober 1880 regelmäßig Krampfanfälle und sehr bald auch psychisch verändert, weshalb schon seit Januar 1882 mit Unterbrechungen in Irrenanstalten. Systematische Bromkalikuren schafften lange anfallfreie Intervalle, aber keinen Dauererfolg. Schon 1883 scheint eine Charakteränderung wahrgenommen zu sein, die allmählich zu dem für Epilepsie charakteristischen Bilde von Klatschsucht, Unverträglichkeit, Reizbarkeit und scheinbarer Unterwürfigkeit führte, wie es bei ihrer Aufnahme hier (am 15. Dezember 1897) sich bot.

---

[1]) Aus der Landesirrenanstalt Weilmünster (Dir. Sanitätsrat Dr. *Lautzius-Beninga*).



Die Zahl der Anfälle war hier in den ersten Jahren geringer, als in den letzten. Im Jahre 1904 sind dieselben laut Krankengeschichte etwa alle 14 Tage aufgetreten, wobei allerdings vielfache Erregungzustände, die vielleicht als Äquivalente anzusprechen sind, nicht mitgerechnet sind. Später bildeten sich Perioden gehäufter Anfälle heraus. Viele Versuche mit Brompräparaten, die sich im Laufe der Jahre als immer wirkungloser erwiesen. Auch ein Versuch im April 1909, mit Epileptol therapeutisch etwas auszurichten, scheiterte völlig [1]. Dagegen waren Verstimmungzustände und unmotivierte Erregungen, in denen man Äquivalente hätte sehen können, entschieden seltener geworden. In der Krankengeschichte sind derartige Einträge in den letzten Jahren vor der jetzt zu beschreibenden Behandlungzeit nur etwa 1—2 mal pro anno zu finden.

Bei dieser Patientin traf ich am 15. November 1909 als Abteilungsarzt die Anordnung, daß ihr anstatt des frei zur Verfügung stehenden Speisesalzes zur Mittag- und eventuell Abendsuppe eine Schachtel mit Bromnatrium angeboten werden sollte, während die aus unserer Zentralküche stammenden Speisen für die Patientin unverändert bleiben sollten; also nur der kleine, in das Belieben der Patientin gestellte Chlornatrium-z u s a t z sollte durch Bromnatrium ersetzt werden. Laut Apothekenbuch wurde das Salzfaß der Frau D. siebenmal mit je etwa 20 gr Bromnatrium gefüllt, und zwar: am 15. November 1909, 27. Dezember 1909, 17. Januar 1910, 31. Januar 1910, 22. März 1910, 30. April 1910, 31. Mai 1910.

Im Februar wurde eine Verlegung der Patientin auf eine Abteilung nötig, wo sie etwas schärfer überwacht werden konnte, im April eine weitere Verlegung direkt auf den Wachsaal. Auszüge aus der Krankengeschichte (siehe unten) werden diese Maßnahmen rechtfertigen. Beide Male aber — und deshalb erwähne ich das hier schon — war das Bromnatriumsalzfaß nicht mitgewandert, gewöhnliches Kochsalz wieder für einige Tage in die alten Rechte bei der Patientin getreten.

Laut Bericht der Oberköchin wird insgesamt täglich für etwa 1150 Personen gekocht und zum Salzen der Speisen in der Zentralküche wöchentlich durchschnittlich etwa 135 kg Salz verbraucht, wovon nur ein verschwindend kleiner Teil nicht den Speisen gleich hinzugetan, sondern als Speisezusatz extra serviert wird. Demnach erhält jeder Kranke pro Tag durch die Küche etwa $16^3/_4$ gr Chlornatrium. Rechnet man dazu noch die in Salz konservierten Sachen, die vom Metzger gelieferte Wurst, das vom Bäcker gelieferte Brot u. a. salzhaltige Nahrungmittel, die nicht in der Zentralküche ihren Salzzusatz erhalten, so ist der tägliche Salzverbrauch pro Kopf — abgesehen von dem natürlichen Salzgehalt der genossenen Vegetabilien und Animalien, deren Entsalzung und Versetzung mit Bromsalz übrigens auch wohl über das Ziel der Methode nach *Toulouse-Richet* hinausschießt — wohl mit 25 gr sicher nicht zu hoch geschätzt.



Das Bromnatriumsalzfaß stand unserer Patientin etwa 210 Tage lang zur Verfügung. Da sie während der Zeit 140 gr Bromnatrium verbraucht hat, so hat sie durchschnittlich pro Tag 1½ gr zu sich genommen.

Ich darf also wohl annehmen, daß sie an 210 Versuchstagen statt 25 gr Chlornatrium als Speisezusatz 23½ Chlornatrium + 1½ gr Bromnatrium bekommen hat. Sehen wir uns nun die Krankengeschichte an und vergleichen die Versuchzeit mit der übrigen. Zunächst Zahl der Anfälle und Gewicht:

Monat	Zahl der Anfälle	Gewicht in kg
Oktober 1908	21	67½
November 1908	30	66½
Dezember 1908	30	68½
Januar 1909	16	69
Februar 1909	22	69
März 1909	18	68
April 1909	22	68
Mai 1909	23	67
Juni 1909	18	65
Juli 1909	16	65
August 1909	31	65
September 1909	19	65½
Oktober 1909	30	65
November 1909	17	65½
Dezember 1909	2	65
Januar 1910	0	67
Februar 1910	5	65½
März 1910	0	64
April 1910	8	63
Mai 1910	0	64½
Juni 1910	0	63½
Juli 1910	3	62
August 1910	1	62½
September 1910	12	67½
Oktober 1910	10	67
November 1910	22	70

Zunächst ist auffallend, daß die bis dahin pro Monat durchschnittlich 20—25 Mal aufgetretenen Anfälle in der Versuchzeit gänzlich sistierten; denn daß im Dezember 1909, wo sie zu dem neuen Speisesalz noch etwas zaghaft zugriff (sie kam mit den ersten 20 gr fast doppelt so lange Zeit aus, wie mit den folgenden!), noch 2 Anfälle bekam, oder daß im Februar und April während unabsichtlicher Wiederentziehung des Bromnatriums noch 5 resp. 8 Anfälle wieder auftraten,



spricht eher für als gegen den Erfolg der Methode. Letztere hat aber auf das Gewicht entschieden ungünstig eingewirkt. Zwar war der Tiefstand von 62 kg am 1. Juli — die Wägungen geschahen immer am ersten des Monats — noch nicht so groß, daß er hätte ernstlich beunruhigen müssen, doch hatte mich derselbe bereits am 25. Juni veranlaßt, ihr statt des Bromnatriums wieder gewöhnliches Speisesalz zu reichen, weil ich bei *Lundborg* [2] las: „Die *Toulouse-Richetsche* Methode verschlimmert in vielen Fällen die Psyche der Patienten, häufig werden sie gereizter und schwerer zu behandeln; der sog. epileptische Charakter tritt deutlich hervor . . . . In schwereren Fällen von Vergiftung pflegt das Körpergewicht in der Regel abzunehmen.“

Die ungünstige Einwirkung auf die Psyche ist nämlich auch aus der Krankengeschichte ersichtlich. Während Erregungen bis zu Beginn der Versuchperiode nur etwa 1—2 mal im Jahre auftraten, sodaß man in ihnen ein Äquivalent hätte erblicken können (siehe oben), die Patientin während der anderen Zeit ruhig, freundlich, willig und arbeitsam sich zeigte, sind in der *Toulouse-Richet*-Zeit folgende Einträge bemerkenswert:

12. Dezember 1909. Seit der Darreichung des Bromnatriums als Speisesalz sehr verstimmt, reizbar, leicht schimpfend. Leugnet, interpelliert, alle Unarten ab. Sie liegt zur Zeit wegen dieser Stimmungsanomalie zu Bett.

17. Januar 1910. Ab und zu Äquivalente in Form von Verstimmungen und Reizbarkeit.

7. April 1910. Patientin ist seit einigen Tagen wieder sehr verstimmt, beschwert sich über die Pflegerinnen, läßt sich nicht kämmen und waschen, ohne Spektakel zu machen, muß gefüttert werden und nimmt auch dann nur schlecht Nahrung zu sich.

30. Mai 1910. Heute sehr erregt, schrie maßlos, erhielt $^{5}/_{10}$ Pravaz Hyoscin-Morphin, zerreißt dabei einer Pflegerin das Kleid.

31. Mai 1910. Gewalttätig gegen eine Pflegerin, zerriß einer anderen die Schürze. War auch unrein heute Morgen und warf sich beim Waschen auf dem Boden herum.

11. Juni 1910. Wieder gewalttätig gegen Pflegerin.

16. Juni 1910. Gewalttätig gegen eine Mitpatientin.

17. Juni 1910. Abends unmotiviert sehr erregt, erhielt eine Pravaz Hyoscin-Morphin.

22. Juni 1910. Trat eine Pflegerin mit Füßen, erhielt eine Pravaz Hyoscin-Morphin.

25. Juni 1910. Immer noch erregt, verwirrt; in lichten Momenten



die Unschuldige spielend. Bromnatrium als Speisesalz wird wieder durch Chlornatrium ersetzt.

8. Juli 1910. Queruliert ohne ersichtlichen Grund, so daß sie ins Bett gelegt werden muß, in dem sie seit etwa 8 Tagen sich tagüber nicht mehr befand.

10. Juli 1910. Warf einen Becher in den Saal.

16. Juli 1910. Anfall, der erste wieder seit dem 25. April.

20. August 1910. Hat sich seit Mitte Juli ordentlich und ruhig verhalten, ist seit dem 20. Juli wieder außer Bett und arbeitet.

15. November 1910. Hat sich in den letzten 3 Monaten gut gehalten, fleißig gearbeitet, ist nicht durch Unarten irgendwelcher Art hervorgetreten.

Nach dieser wörtlichen Wiedergabe eines Krankengeschichtenauszuges besteht wohl kaum noch ein Zweifel, daß die *Toulouse-Richet*sche Methode diesen ungünstigen Einfluß auf die Psyche gezeitigt hat, trotzdem die Menge des substituierten Bromnatriums eine so außerordentlich geringe war. Und darin liegt gerade das Bemerkenswerte meines Falles, daß trotz der geringen Bromnatriumdosen und des relativ hohen verbliebenen Chlornatriumgehalts der Nahrung diese Wirkung auf Anfälle, Gewicht und Psyche zu Tage trat. *Courmont* und *Crémieu* [3] sahen ja allerdings auch, daß bei 4 gr es zu schweren psychischen Störungen kommen könne, deren Zustandekommen einerseits von der Bromwirkung, andererseits von der Kochsalzentziehung abhängig gemacht werden muß, sie konzedieren aber doch geringe Gaben, bis zu 2,0 oder 2,5 gr pro die. In meinem Falle aber wirkten 1,5 gr schon in der angegebenen Weise toxisch. Auch habe ich gegen *Lundborgs* [2] Forderung, als Kontraindikationen gelten zu lassen:

1. Fälle mit schweren Organleiden in Lungen, Herz, Gefäßen und Nieren;
2. Hystero-epileptische Fälle;
3. Ausgeprägte erotische Epilepsieformen;
4. Fälle mit epileptischer Charakteränderung, aber verhältnismäßig seltenen Anfällen;
5. Fälle, welche stets einen mehr markierten Stupor zeigen.

nicht verstoßen, denn mein Fall läßt sich in keine der 5 Rubriken einreihen.

Ich kann demnach der Ansicht *Ulrichs* [4], daß die salzarme Kost als unentbehrliches Hilfsmittel, zumal sie keinem Kranken einen nennenswerten Schaden brächte, in der Epilepsiebehandlung anzu-

sehen sei, nicht beipflichten, muß vielleicht sogar auf Grund obiger Krankengeschichte die Forderung aufstellen, daß die obere Grenze der substituierten Bromnatriumdosis pro die bei der Methode nach *Toulouse-Richet* noch mehr heruntergesetzt wird, und daß jedenfalls Versuche nur in Anstalten weiter fortgesetzt werden, wo eine genaue Überwachung von Frequenz der Anfälle und Gewichtkurve nicht nur, sondern auch der Psyche und sachgemäße Begegnung leicht auslösbarer Erregungzustände möglich ist.

Literatur.

1. *Becker*, Einige Versuche mit Rosenbergschem Epileptol, Reichs-Medizinal-Anzeiger, Nr. 18, 1909.
2. *Lundborg*, Über die sogenannte metatrophische Behandlungsmethode nach *Toulouse-Richet* gegen Epilepsie, Archiv für Psychiatrie, Heft 2 und 3, 1908.
3. *Courmont* et *Crémieu*, Effets de la déchloruration chez un epileptique bromuré, Lyon méd. Juin 28, pag. 1373, 1908 (Nach Schmidts Jahrbüchern).
4. *Ulrich*, Behandlung Epileptischer mit salzarmer Kost, Korrespondenzblatt für Schweizer Ärzte, Nr. 15, 1908.



Verhandlungen psychiatrischer Vereine.

85. ordentliche Generalversammlung des Psychiatrischen Vereins der Rheinprovinz am 19. November 1910 in Bonn.

Anwesend sind die Mitglieder: *Adams, Aschaffenburg, Behrendt, Berg, Bernard, Beyer, Beyerhaus, Bodet, Buddeberg, Dannehl, v. Ehrenwall, Erlenmeyer, Fabricius, Flügge, Fuchs, Gerhartz, Günther, Hackländer, Hennes, Herting, Herzfeld, Hübner, Kentenich*-Gladbach, *Kröber, Landerer, Liebmann, Lückerath, Marx, Müller, Neuhaus, Oebeke, Orthmann, Peipers, Pelman, Peretti, Pfahl, Rademacher, Rusak, Sauermann, Schaumburg, Schmitz, Schreiber, Schütte, Schulten, Siebert, Stertz, Thomsen, Thywissen, Umpfenbach, Ungar, Voßschulte, Wahn, Weinbrenner, Werner, Westphal, Wex, Wiehl, Wilhelmy.*

Als Gäste sind anwesend: Dr. *Auer*-Ahrweiler, *Geißler*-Cöln, *Giesler*-Bonn, *Hagmann*-Saffig, *Voß*-Düsseldorf, *Wassermeyer*-Bonn, *Werner*-Grafenberg, *Winter*-Bonn.

Zur Aufnahme in den Verein melden sich: Dr. *Auer*-Ahrweiler, Arzt der v. Ehrenwall'schen Anstalten, Dr jur. und med. *Göring*-Merzig, Arzt der Prov.-Heil- und Pflege-Anstalt, Dr. *Strakosch*-Bonn, Assistenzarzt der Klinik für Psychisch-nervöse Kranke, Dr. *Voß*-Düsseldorf, Nervenarzt, Dr. *Wassermeyer*-Bonn, Privatdozent der Psychiatrie und Arzt der Hertzschen Anstalt.

Zum Beginn der Sitzung ergreift zunächst *Westphal*-Bonn das Wort, um darauf hinzuweisen, daß der Vorsitzende, der Geh. Med.-Rat Professor *Pelman* am 10. August 1910 sein 50jähriges Doktorjubiläum feiern konnte. Im Namen des Vereins dankt er dem Jubilar für seine langjährige erfolgreiche Tätigkeit im Interesse des Vereins und spricht die Hoffnung aus, daß er noch eine Reihe von Jahren in voller körperlicher und geistiger Rüstigkeit die Vereinssitzungen leite.

Der Vorsitzende berichtet dann, daß Dr. *Lincke*, bisher in der Prov.-Heilanstalt in Grafenberg, wegen Übersiedelung nach Hildburghausen, aus dem Verein ausgetreten ist. Am 20. Oktober 1910 ist das Vereinsmitglied, der Kreisassistenzarzt und Assistent beim medizinischen Untersuchungsamt in Potsdam, Dr. Franz *Schönbrod*, früher Arzt der Prov.-

Heilanstalt Düsseldorf-Grafenberg, infolge einer Laboratoriums-Vergiftung rasch gestorben.

In den Verein werden aufgenommen: Dr. *Müller*-Langenfeld, Assistenzarzt der Prov.-Heilanstalt Galkhausen, Dr. *Schwabe*-Aachen, Reg.- u. Med.-Rat, Dr. *Völker*-Süchteln, Arzt der Prov.-Heilanstalt Johannistal.

Es folgen die Vorträge:

Wiehl-Bonn: Demonstration einer doppelseitigen Radialislähmung, die bei einer Frau in der Rekonvaleszenz von einer akuten ängstlichen Verwirrtheit beobachtet wurde.

36 Jahr alte, erblich nicht belastete Frau. Gute körperliche und geistige Entwickelung in der Jugend. Mit 15 Jahren angeblich auf profuse Menstruationsblutungen hin mehrere Monate leicht deprimiert. Heirat vor 7 Jahren. In der Ehe drei normale Geburten und eine Frühgeburt vor 5 Jahren. Im Sommer 1910 auf Geschäftsorgen und Überarbeitung hin nervös. Dabei schlechter Schlaf, schreckhafte Träume und Abmagerung. Anfang September 1910 Steigerung der nervösen Beschwerden. Die schreckhaften Träume behalten nach dem Erwachen noch längere Zeit Wirklichkeitswert. Gegen Mitte September täglich und an Dauer und Stärke mehr zunehmende schwere Erregungzustände. Darin ganz verwirrt, ängstlich und sinnlos gegen alles widerstrebend, laut schreiend, schimpfend und betend.

Am 16. September 1910 Aufnahme in die Provinzial-Heil- und Pflege-Anstalt Bonn: Mittelgroße mäßig genährte und blaß aussehende, sonst aber körperlich gesunde Frau. Temperatur bei der Aufnahme 38° C., in der Folge normal. In den ersten Tagen ab und zu noch einige Stunden ziemlich klar, ruhig und orientiert. Gibt dann auf Fragen an, sie sei sehr nervenschwach. Die übrige Zeit und später immer schwerer ängstlich erregt, gewalttätig gegen ihre Umgebung, sinnlos widerstrebend und fortdrängend, laut schreiend und schimpfend, total verwirrt und nicht fixierbar. Menses am 20. September. Anfang Oktober lassen die Erregungzustände, in denen sie nach ihren Kindern und Angehörigen ruft, die sie vor der Türe jammern hört, langsam an Dauer und Stärke nach und verschwinden allmählich gegen Mitte Oktober ganz. Liegt zuerst in den von Erregung freien Intervallen ganz teilnahmlos im Bett, ohne auf Fragen zu reagieren. Wird dann langsam etwas munterer. Macht aber einen sehr erschöpften Eindruck. Kann sich nicht orientieren, vergißt alles gleich wieder und ist schwerbesinnlich. Nach völligem Aufhören der Erregungzustände langsame körperliche und geistige Erholung. Sie orientiert sich, sie hat Krankheiteinsicht, die Erinnerung für den Beginn der Erkrankung stellt sich ein, und sie erzählt, daß sie in der Erregung ihre ganze Familie als Leichen gesehen habe. Nur noch Klagen über große Müdigkeit und Heimweh. Beim Sprechen Beben der Gesichtsmuskulatur. Menses am 19. Oktober.



In diesem Zustand gegen Ende Oktober fällt an ihr auf, daß sie beim Essen den Löffel kaum fassen und halten kann. Die sofort vorgenommene *genaue Untersuchung ergibt eine doppelseitige Radialislähmung. Gelähmt sind beiderseits sämtliche Fingerstrecker. Der Supinator brevis, der Abductor pollicis longus und die Strecker der Hand links. Der Brachio-Radialis ist beiderseits etwas paretisch, ebenso die Strecker der Hand rechts.* Faradisch sind links die Strecker der Hand und der Finger nicht erregbar; rechts ist die Erregbarkeit nur herabgesetzt. Die galvanische Erregbarkeit ist beiderseits erhöht, die Zuckungen leicht verlangsamt, aber nicht typisch träge. Die gelähmten Muskeln erscheinen etwas atrophisch. Die Spatia interossea am Handrücken sind beiderseits tief eingesunken. Die elektrische Erregbarkeit der Fingerbeuger, der Muskeln des Daumen- und Kleinfingerballens und der Interossei ist normal, ebenso ihre Funktion, nur die Spreitzung und Adduktion der Finger ist sehr erschwert, auch wenn die Hand bei gestreckten Fingern auf eine feste Unterlage aufgelegt wird. Sensibilitätstörungen fehlen. Dagegen klagt die Frau über taubes Gefühl und Kribbeln in den Händen. Sehnenreflexe sind an den gelähmten Muskeln nicht auslösbar.

In den folgenden 14 Tagen bessert sich die Funktion der linken Hand etwas. Die Strecker dieser Hand werden wieder gebrauchfähig und ihre elektrische Erregbarkeit normal. *Dagegen geht die Lähmung an der rechten Hand auch auf die Strecker der Hand über.* Die am 12. November erneut vorgenommene elektrische Untersuchung ergibt: *sämtliche gelähmte Muskeln an beiden Unterarmen sind vom Nerven aus weder faradisch noch galvanisch erregbar. Ebenso fehlt die direkte faradische Erregbarkeit. Bei direkter galvanischer Reizung mit Strömen mittlerer Stärke zeigen die gelähmten Muskeln ausgesprochene träge Zuckung und gesteigerte Anodenschließungzukkung.* Die vom N. ulnaris und medianus versorgten Muskeln des Unterarms und der Hand, ebenso der Triceps und der Brachio-radialis sind beiderseits normal erregbar, dagegen die Handstrecker nur links.

Jetzt sieht man, wie sich beide Hände noch in der für die Radialislähmung typischen Stellung befinden. Sie sind im Handgelenk nahezu ad maximum gebeugt und leicht proniert. Die Rechte fällt, wenn man sie aus dieser Stellung herausbringt, sofort in sie zurück. Die Linke kann etwas dorsalwärts gestreckt werden, da die Extensoren dieser Hand wieder funktionieren. Wie die Hände sind auch die Finger in den Metakarpophalangealgelenken gebeugt. Der Daumen befindet sich in Oppositionsstellung, ist nach vorn gesunken und kann nicht gestreckt und abduziert



werden. Auch die Streckung der Grundphalangen der Finger ist unmöglich, dagegen die der II. und III. Phalangen infolge der nicht gelähmten Interossei möglich. Die Beugebewegungen der Hand und Finger sind beiderseits erhalten. Die Ad- und Abduktion beider Hände ist noch ziemlich kraftlos und zwar rechts ausgesprochener wie links und die Supination der Unterarme nur dadurch möglich, daß sie im Ellenbogengelenk fixiert und der Oberarm nach außen rotiert wird. Die Beugung und Streckung der Unterarme ist von normaler Kraft.

Als diese doppelseitige Radialislähmung, die sich ihrer ganzen Lokalisation und ihrem Verlauf nach als eine periphere charakterisiert, bemerkt wurde, mußte man natürlich gleich die Frage aufwerfen: wie ist sie entstanden? Irgend welche Angaben über die Zeit ihres Auftretens kann die Frau nicht machen. Da sich eine Schädigung durch chronische Bleivergiftung, die ja am meisten zur doppelseitigen Radialislähmung disponiert, oder durch chronischen Alkoholismus ausschließen ließ, war es am nächstliegenden, anzunehmen, daß die Lähmung durch von außen einwirkende Traumen hervorgerufen wurde. Denn es wird doch jetzt allgemein anerkannt, daß schon ganz geringe und rasch vorübergehende traumatische Schädigungen, wie Druck auf den Nerven durch Festhalten, durch ungeschickte Lage des Armes im Schlaf und in Narkose, bei Wickelungen von Säuglingen usw. (*Edinger*[1]), *Remak*[2])) solche Lähmungen erzeugen können. Ja man nimmt sogar an, daß unter ungünstigen Verhältnissen schon durch plötzliche und starke Kontraktionen des M. triceps, unter dessen äußerer Ansatzstelle der Nerv direkt über den Knochen verläuft, und dadurch bedingte Zerrung des Nerven Radialislähmungen entstehen können, und *Adler*[3]) führt eine bei einem Epileptiker nach dem epileptischen Krampfanfall beobachtete Radialislähmung auf eine solche Nervenzerrung zurück. Die Annahme der traumatischen Genese der Lähmung fand noch eine weitere Stütze darin, daß die Lokalisation der Lähmung eine solche ist, wie sie meist nach Druck auf den N. radialis an der Stelle auftritt, wo er sich am unteren Drittel des Oberarms in exponierter Lage um den Knochen herumschlingt. Andererseits bot auch die Schwere der psychischen Erkrankung genügend Gelegenheit zu solchen traumatischen Schädigungen. Schlug die Kranke doch blindlings um sich, und mußte sie doch öfters festgehalten und gelegentlich auch in hydropathische Einpackungen gebracht werden.

Da aber die Frau auf Befragen erzählte, daß sie früher Wäscherin gewesen war, und daß sie, auch verheiratet, täglich für das Geschäft ihres

[1]) *E. Edinger,* Handbuch der Therapie der inneren Krankheiten. III. Auflage, Bd. V. S. 640.

[2]) *E. Remak,* Real-Enzyklopädie für ges. Heilkunde III. Auflage, Bd. XX. S. 168 u. f.

[3]) *Adler,* Radialislähmung nach epileptischen Anfällen. Neurol. Zentralblatt 1898, pag. 691.



Mannes, der einen Handel mit Fruchtsäften betrieb, viele Gläser putzen und außerdem 3—4 halbe Tage in der Woche noch waschen mußte, daß sie dabei im Verlauf des Sommers 1910 besonders im linken Arm immer rasch ermüdete, nachts bis in den Rücken ausstrahlende Schmerzen in diesem Arm hatte und in Verbindung damit beide Arme besonders auffallend am Unterarm abmagerten, ließ sich eine traumatische Entstehung der Lähmung als Haupt- und allein wirkendes ätiologisches Moment nicht aufrecht erhalten. Dagegen sprach ja auch die einen mehr aufsteigenden Charakter tragende Lähmung der rechten Hand, an der anfangs die Strecker der Hand noch funktionierten und erst 14 Tage nach Konstatierung der Lähmung völlig paralytisch wurden. Diese Angaben der Frau, die eine Bestätigung finden durch die hier anfangs noch nachzuweisende Atrophie der Interossei und dadurch bedingte Erschwerung der Ab- und Adduktion der Finger bei normaler elektrischer Erregbarkeit, machen es im höchsten Grade wahrscheinlich, daß die Abmagerung der Unterarme und Hände durch Überanstrengung beim Waschen und Gläserputzen bedingt, also eine professionelle Muskelatrophie war, und daß die leichte Ermüdbarkeit und die nächtlichen Schmerzen im linken Arm eine leichte Arbeitparese mit neuritischen Reizerscheinungen waren, also ebenfalls eine professionelle Parese (*Oppenheim* [1]).

Zu dieser schon im Sommer 1910 vorhandenen leichten professionellen Parese infolge Hyperfunktion, die zu einer völligen Lähmung wohl kaum geführt hätte, kam dann noch ein weiteres schädliches Moment, die geistige Erkrankung der Frau. *W. Weichardt* [2]) hat gefunden, daß durch anhaltende Muskeltätigkeit bei Warmblütern, abgesehen von den bekannten Abbauprodukten, ein spezifisches Toxin, das er Ermüdungstoxin nannte, gebildet wird. Dieses im Blut kreisende Toxin spritzte er Versuchstieren ein und erzeugte damit je nach der Menge des Toxins Ermüdung, soporartige Zustände mit Temperaturabfall und schließlich auch unter Zunahme dieser Erscheinungen den Tod. Auf Grund dieser Lehre und Versuche habe ich seit einer Reihe von Jahren die bei den verschiedensten Arten von akuten Verwirrtheitzuständen (Delirium acutum, Amentia) immer in mehr oder weniger ausgesprochener Weise auftretenden Zustände von völlig apathischem und regunglosem, teilweise auch komatösem Verhalten, die öfters auch stille oder mussitierende Delirien genannt

[1]) *H. Oppenheim*, Lehrbuch der Nervenkrankheiten. Berlin 1905. S. 566.

[2]) *W. Weichardt*, Über Ermüdungstoxin und Antitoxin. Münch. med. Wochenschrift 1904 und 1905.



werden, genauer beobachtet, und ich bin zu der Überzeugung gekommen, daß diese soporartigen Zustände, die früher öfters zum Tode führten, jetzt aber entweder die Geisteskrankheit abschließen oder zwischen die schweren motorischen Erregungen sich einschieben, nicht ein Symptom der psychischen Erkrankungen sind, wie jetzt beinahe noch allgemein angenommen wird, sondern eine Folge der überstandenen Erregung, daß sie bedingt sind durch die infolge der anhaltenden Muskeltätigkeit im Organismus angehäuften Ermüdungstoxine. Wenn sich die Kranken von diesem Zustand völliger Apathie langsam erholen, dann fällt immer auf, daß ihre geistigen Fähigkeiten anfangs gleich Null sind; sie können sich an nichts, auch an nichts aus ihrer Vergangenheit erinnern; ihre Merkfähigkeit ist aufgehoben und infolgedessen sind sie nicht imstande sich zu orientieren; sie sind später auch noch einige Zeit schwer besinnlich. So ist also das Ermüdungstoxin imstande, das Zentralnervensystem so zu schädigen, daß dadurch jedes geistige Leben vorübergehend aufgehoben ist. — Diese Schädigung scheint andererseits aber auch von günstiger Bedeutung für die Genesung zu sein. Denn dadurch werden auch die Vorstellungen, die zuerst beim Entstehen der Nervosität eine Rolle spielten, die später in Träumen in allen möglichen Kombinationen vorübergehenden Wirklichkeitswert erhielten, und die schließlich nach Ausbruch der Psychose in den Halluzinationen verschieden modifiziert die Affekte und die motorische Erregung wach hielten, aus dem Vorstellungsinhalt gelöscht und dadurch die Grundlage zur Beruhigung und Genesung geschaffen. — Wenn aber das Ermüdungstoxin diesen schädigenden Einfluß auf das Zentralnervensystem hat, dann kann man wohl mit einen großen Grad von Wahrscheinlichkeit annehmen, daß auch die peripheren Nerven dadurch schwer geschädigt werden können, zumal dann, wenn sie, wie in unserem Falle, schon vorher durch Hyperfunktion in ihrer Funktion gestört waren, wenn schon vorher eine leichte professionelle Parese vorhanden war, und wenn auch an anderen Nerven, wie in unserem Falle im Fazialisgebiet, eine Innervationschwäche zu beobachten war, die nur auf die überstandene Erregung und deren Folgen zurückgeführt werden kann.

Diese doppelseitige Radialislähmung glaube ich also hauptsächlich auf zwei ätiologische Momente zurückführen zu müssen, auf eine professionelle Schädigung durch die Beschäftigung der Frau als Wäscherin und auf eine toxische Schädigung durch das infolge der schweren motorischen Erregung im Organismus angesammelte Ermüdungstoxin. Möglich ist immerhin, daß schließlich die in hohem Grad prädisponierte Lähmung durch ein leichtes Trauma, wie z. B. durch einen Druck auf den Nerven am unteren Drittel des Oberarmes noch gar völlig ausgelöst wurde. Dadurch ließe sich auch der Umstand erklären, daß der professionell und toxisch in gleicher Weise geschädigte Ulnaris



nicht ganz gelähmt wurde, sondern nur eine Atrophie und leichte Parese der Interossei darbot.

Was nun die Prognose dieser in ihrer ätiologischen Entstehung immerhin nicht häufigen doppelseitigen Radialislähmung anbelangt, so ist zu erwarten, daß sie in einigen Monaten wieder völlig ausheilen wird. Rascher wird wohl der Verlauf kaum sein, da die vorhandene partielle Entartungsreaktion darauf hinweist, daß es sich in diesem Fall um eine ziemlich schwere Nervenschädigung handelt. Therapeutisch kommen in Betracht Hebung des Kräftezustandes der Frau, Schonung der gelähmten Muskeln und die elektrische Behandlung der Nerven mit dem galvanischen Strom.

Die Frau selbst ist am 15. d. M. aus der Anstalt als genesen von ihrer Psychose entlassen worden.

Pfahl-Ahrweiler: Über die genauere Untersuchung von Bewegungsvorgängen der verschiedensten Art mittelst graphischer Methoden. (Mit Demonstrationen.)

Vortr. weist zunächst darauf hin, daß es notwendig ist, die Bewegungsvorgänge der verschiedensten Art unter gesunden und kranken Verhältnissen mit Hülfe verschiedener Methoden, insbesondere auch der graphischen Methoden, genauer zu studieren, als dies auf Grund des bloßen Augenscheines möglich ist, namentlich dann, wenn es sich um Bewegungen von sehr geringem Umfange oder um solche handelt, die sehr schnell ablaufen bzw. sehr schnell aufeinander folgen.

Alsdann erfolgt die Demonstration eines Apparates, den Vortr. zu diesem Zwecke konstruiert hat. Der Apparat ermöglicht zunächst die graphische Aufschreibung des Patellarreflexes, des Achillessehnenreflexes sowie des Beuge- und Streckreflexes des Vorderarmes. Ebenso lassen sich aktive Bewegungen des Unterschenkels, des Fußes, des Unterarmes und der Hand mit Hülfe desselben graphisch fixieren und zwar unter den verschiedensten Bedingungen und Versuchsanordnungen. Auf diese Weise lassen sich genauere Studien über die Kraft, Ausdauer und Sicherheit, mit der die betreffenden Bewegungen erfolgen, über Ermüdung, Ataxie usw. anstellen. Bei der Befestigung des betreffenden Gliedes und der sonstigen Anwendung der Methode legt Vortr. besonderen Wert darauf, daß die Bewegungen, die graphisch fixiert werden sollen, in der horizontalen Ebene erfolgen.

Statt der Schrift auf berußtem Papier bedient er sich der Tintenschrift, die bei richtiger Versuchsanordnung ebenfalls feine Resultate ergibt und die Anwendung der graphischen Methode wesentlich vereinfacht und erleichtert.

Im Anschlusse an die Demonstration des Apparates berichtet Vortr. dann an der Hand von Originalkurven und starken Vergrößerungen über die bisherigen Ergebnisse seiner Untersuchungen. Zum Teil sind diese Resultate schon veröffentlicht worden (*Pfahl*: Über die graphische Dar-



stellung von Bewegungsvorgängen, insbesondere des Patellarreflexes. — Zeitschrift für die gesamte Neurologie und Psychiatrie. Band I, Heft 4). Weitere genauere Veröffentlichungen werden demnächst folgen.

Sauermann-Merzig: Die Veränderung der Dauer der Anstaltbehandlung der Geisteskranken. Nach dem Materiale der Anstalt Merzig.

Die häufig anzutreffende Annahme, daß heutzutage die Geisteskranken rascher zur Entlassung kommen als in früheren Jahren, gab die Veranlassung zu einer vergleichenden Zusammenstellung der allerdings nicht großen Zahlen der Anstalt Merzig.

Diese hatte in den Jahren 1876—1880 im Jahresdurchschnitt 103 Zugänge, nach 20 Jahren (1896—1900) das Doppelte (203), nach weiteren 8 Jahren (1904—1908) das dreifache (314). Die Bevölkerungziffer des Aufnahmegebietes (Reg.-Bez. Trier) erhöhte sich von 591 000 im Jahre 1871 auf 930 000 im Jahre 1905. Um das Jahr 1878 kamen auf 100 000 Einwohner 16,2 Zugänge, um 1895 deren 24,2 und um 1905 bereits 32,0.

Das Verhältnis der Entlassungen (abgesehen von Evakuierungen) zu den Aufnahmen war fast immer dasselbe. In den letzten Jahren sind weniger Geheilte und mehr Ungeheilte, aber annähernd die gleiche Zahl von Gebesserten (im Verhältnis zu den Zugängen) entlassen wie früher.

Die durchschnittliche Behandlungsdauer wurde nur berechnet für diejenigen, welche innerhalb des ersten Jahres nach ihrer Aufnahme geheilt oder gebessert entlassen wurden. Diese willkürliche Grenze mußte genommen werden, wenn die letzten Jahre nicht ausgeschaltet werden sollten. Wenn das zweite Jahr nach der Aufnahme hinzugenommen worden wäre, wäre das Resultat nicht wesentlich anders geworden, da das Verhältnis der im ersten und im zweiten Jahre Entlassenen sich wenig verändert hat.

Das Ergebnis war, daß in den Jahren 1878—1880 jährlich 30 Personen nach durchschnittlich 184 Tagen, in den Jahren 1904—1908 jährlich 117 Personen nach 115 Tagen geheilt oder gebessert entlassen worden sind.

Daß diese Kürzung der Behandlungsdauer auf verschiedene Ursachen zurückzuführen ist, liegt auf der Hand. Immerhin dürften zu diesem Erfolge auch die Hebung der Irrenwesens und die Fortschritte der Psychiatrie etwas beigetragen haben.

Die Erfahrungen der Anstalt Merzig sind nicht ohne weiteres zu verallgemeinern. Jedenfalls schreibt Dr. *D. Schermers* (in einer Arbeit „Die niederländische Irrenanstaltspflege in den Jahren 1875—1900". Zeitschrift für die gesamte Neurologie und Psychiatrie von *Alzheimer* und *Lewandowsky* Bd. III, Heft 3): „Im ganzen ist also keine Änderung in der Dauer der Anstaltspflege zu bemerken und auf keinen Fall ist die Dauer derselben kürzer geworden." Für Merzig bleibt jedoch auch nach *Schermers*' Berechnungsart das Resultat das gleiche, nämlich, daß die Dauer wesentlich kürzer geworden ist.



Lückerath-Bonn: Zur Differentialdiagnose zwischen Dementia praecox und Hysterie.

Vortr. berichtet über eine Anzahl Fälle, in denen die Differentialdiagnose zwischen Dementia praecox und Hysterie sehr schwer oder fast unmöglich war. Die Symptomatologie beider Krankheiten ähnelt einander außerordentlich; die sog. katatonen Erscheinungen finden sich nicht nur bei der Katatonie, sondern auch bei der Hysterie. Auch die von *Westphal* und anderen beschriebenen Pupillenstörungen sind differentialdiagnostisch nicht zu verwerten. Entscheidend ist nur die Beurteilung der gesamten Persönlichkeit und der Ausgang der Erkrankung. (Der Vortrag erscheint in extenso in dieser Zeitschrift.)

Ernst Beyer-Roderbirken bei Leichlingen: Die Nervenheilstätte im Dienst der Kranken-, Unfall- und Invalidenversicherung.

Die Entwicklung der Nervenheilstätten ist in Deutschland in erster Linie abhängig von der Handhabung und weiteren Ausgestaltung der sozialen Versicherungsgesetzgebung, welche schon jetzt den überwiegenden Teil des Volkes umfaßt und in absehbarer Zeit die Belegung der Krankenanstalten hauptsächlich ausüben wird. Mit der wachsenden Zahl der nervösen Kranken wird auch deren sachgemäße Verpflegung und die Errichtung eigener Nervenheilstätten immer dringenderes Bedürfnis. Es empfiehlt sich, solche Heilstätten nicht bloß für die Angehörigen einer Versicherungsinstanz (z. B. Berufsgenossenschaft) allein zu bestimmen, sondern sie allen Versicherten und auch nicht Versicherten zugänglich zu machen.

Der große Wert der Nervenheilstätten für die Versicherungsorgane ergibt sich daraus, daß ihr Betrieb gerade deren Bedürfnissen besonders entgegenkommt und ihnen vieles leistet, was durch andersartige Krankenanstalten nicht geleistet werden kann. Sachverständige Beobachtung und intensiver ärztlicher Dienst verbürgen eine sachgemäße Begutachtung, gründliche Ausnutzung der Kurdauer und Beschleunigung des Heilverfahrens.

Die Behandlung in der Nervenheilstätte beruht wesentlich auf der Anleitung der Kranken zur Betätigung und in der Hebung ihrer Leistungfähigkeit; sie erfolgt also von Anfang an unter dem Gesichtspunkt wirtschaftlicher Wiederherstellung. Dies sind aber eben die gleichen Zwecke, welche die Versicherungen mit ihren Heilverfahren erstreben, nämlich wirtschaftliche Erfolge. In diesem Endziel kommen also die beiderseitigen Bemühungen überein.

Auf der Grundlage gemeinsamen Wirkens im Dienste der Versicherungen werden die Nervenheilstätten einer weiteren gedeihlichen Entwicklung entgegengehen. *Umpfenbach.*



96. Sitzung des Vereins Ostdeutscher Irrenärzte in der Kgl. Psychiatrischen Klinik zu Breslau am 10. Dez. 1910.

Anwesend die Herren *Adelt*-Lublinitz, *Bonhoeffer*-Breslau, *Cantor*-Bunzlau, *Casten*-, *Chotzen*-, *O. Förster*-, *C. S. Freund*-Breslau, *Freyberg*-Jannowitz, *Fuchs*-Leubus, *Grau*-Lüben, *Hahn*-, *Hirt*-, *Jeske*-Breslau, *Kahlbaum*-Görlitz, *Kieserling*-Lublinitz, *Klieneberger*-Breslau, *Köbisch*-Obernigk, *von Kunowski*-Leubus, *Langer*-Brieg, *Lindner*-Kreuzburg, *Loewenstein*-Obernigk, *Lohrmann*-Rybnik, *Mann*-Breslau, *Neisser*-Bunzlau, *Nicolauer*-Breslau, *Petersen*-Brieg, *Pick*-Prag, *Plathner*-Liegnitz, *Rother*-Brieg, *Schlesinger*-Breslau, *Schmidt*-Obernigk, *Schmidt*-, *Schöngarth*-Sorau, *Schröder*-, *Seelert*-Breslau, *Thürwächter*-Rybnik, *Wicht*-Plagwitz.

Aufgenommen wurden in den Verein die Herren *Kieserling*-Lublinitz, *Plathner*-Liegnitz und *Sprengel*-Birkenhof.

Auf Antrag des Sekretärs soll ein Entwurf neuer Statuten vom Vorstande, der mit Kooptationsrecht versehen wird, ausgearbeitet und in der nächsten Sitzung vorgelegt werden.

Es folgen die Vorträge:

Herr *Kramer*-Breslau: „Intelligenzprüfungen an minderwertigen Kindern."

Die Untersuchungen wurden nach der von *Binet* angegebenen Methode angestellt. Sie erstrecken sich auf 75 Kinder; nahezu die Hälfte waren Kinder, die von der Zentrale für Jugendfürsorge der Klinik zur psychiatrischen Untersuchung zugewiesen wurden. Die *Binet*sche Methode bewährte sich dabei recht gut; einerseits gibt sie in relativ kurzer Zeit einen vielseitigen Überblick über die intellektuelle Leistungfähigkeit des Kindes; andererseits erlaubt sie durch ihre Altersnormierung der einzelnen Prüfung ein Urteil darüber, ob die Intelligenzleistung des Kindes seinem Alter entspricht oder nicht. Vergleiche zwischen dem durch die Prüfung ermittelten Intelligenzalter mit der von dem Kinde erreichten Schulstufe ergeben, daß der Ausfall der Prüfung in erheblichem Maße vom Schulwissen des Kindes unabhängig ist. Bei Kindern, bei denen das Zurückbleiben in der Schule durch äußere Bedingungen bewirkt war, ergab die Intelligenzprüfung häufig ein normales Resultat.

Diskussion. — Herr *Chotzen* kann nach Untersuchungen an Hilfschulkindern die Ergebnisse des Vortragenden durchaus bestätigen, insbesondere, daß die *Binet*sche Methode eine rasche und gute Orientierung über die intellektuellen Leistungen eines Kindes gibt. Von größtem Wert ist dabei die sichere Grundlage für die Anforderungen, die man an die einzelnen Alterstufen stellen darf.

Von besonderem Interesse ist die Gegenüberstellung von Intelligenz- und Schulalter, die der Herr Vortragende gegeben hat, für die Frage der



Überweisung der Kinder an die Hilfschule. Die Methode ist ja mit zu dem Zweck ausgearbeitet, die Kinder herauszufinden, welche geistig defekt sind und der Aufnahme in eine Hilfschule bedürfen. Bisher wird als Maßstab dafür ein gewöhnlich 2jähriger erfolgloser Besuch der untersten Volkschulklasse angenommen, und es wird gefordert, daß das danach zustande gekommene Urteil des Lehrers auch für die Überweisung ausschlaggebend bleiben solle. Es werden aber auf diesem Wege alle Kinder ausgeschieden, die aus irgendeinem Grunde zurückbleiben, ohne daß damit eine bemerkenswerte intellektuelle oder sonstige Schädigung in allen Fällen zweifellos festgestellt wäre. Es kommen, wenn auch nur vereinzelt, normale Schüler in die Hilfschule, die infolge Krankheit, häufigen Ortwechsels, Schuld der Eltern u. dergl. die Schule nur sehr wenig besucht haben; aber in größerer Anzahl solche, die nur wenig von Normalen abweichen und hierorts hauptsächlich wohl nur deshalb überwiesen werden, weil ein regelmäßiger Nachhilfeunterricht in der Volkschule noch nicht durchgeführt ist, während in der großen Masse von 60 Schülern Zurückbleibende nicht genügend berücksichtigt werden können.

Es fragt sich nun, ob die einfache und bequeme *Binet*sche Methode die der Hilfschule wirklich bedürftigen Kinder besser trifft? Aus diesem Gesichtspunkt wurde sie bei den in diesem Jahr den Breslauer Hilfschulen überwiesenen Kindern angewendet, und gerade auf die Fälle, bei denen der Untersuchungsbefund mit der Tatsache der Überweisung nicht in Einklang stand, mußte das Hauptaugenmerk gerichtet sein. Es zeigte sich nun nach den bisherigen Untersuchungen an etwa 120 Kindern, daß 37 % aller Aufgenommenen nicht der Forderung *Binets* für die Überweisung entsprachen, daß sie nämlich 2 Alterstufen nach seiner Berechnung zurück seien. Etwa 25 % waren nur ganz wenig, nur um eine Alterstufe zurück. Bei früheren Untersuchungen mit den sonst üblichen Intelligenzprüfungmethoden wurden solche nur wenig defekten Kinder, wie sie oben schon erwähnt sind, nur in knapp 20 % gefunden. Die Differenz liegt wohl hauptsächlich an der zu mechanischen Art der Berechnung der Intelligenzstufe, die ein Mangel der *Binet*schen Methode ist. Bei der Bewertung der Antworten als + und — geht es ohne Willkürlichkeiten nicht ab, und das zufällig richtige Erraten einer Antwort kann unter Umständen die Stufe um ein Jahr hinaufrücken. Diese Berechnung wird sich aber verbessern lassen; man wird auch hier die verschiedenen Tests mehr abwägen, nicht einfach zählen müssen. Eine geringe Verschiebung kommt auch dadurch zustande, daß bei *Binet* die rein gedächtnismäßigen Kenntnisse mitzählen, die man sonst nicht zu bewerten pflegt.

Was aber über die angegebene Zahl hinaus bis zu 37 % nach *Binet* nicht um zwei Alterstufen zurück ist, gehört dennoch in die Hilfschule. Zwar ist auch bei ihnen die Intelligenz nicht erheblich geschädigt; bei ihnen wie überhaupt, das möge hervorgehoben werden, bei der Gesamtheit stimmt die Intelligenzstufe nach *Binet* im allgemeinen gut überein mit dem

Befund, der sich bei der gewöhnlichen Untersuchung aus dem Stand der Begriffsbildung, den Kombinations- und Urteilsleistungen ergibt, aber die Schulfähigkeit hängt eben nicht allein von den Intelligenzleistungen ab. Es gibt Faktoren, die die Schulfähigkeit herabsetzen, die aber bei einer reinen Intelligenzprüfung wie der *Binet*schen nicht getroffen werden, und das sind, wie Herr *Kramer* schon hervorgehoben hat, im wesentlichen psychopathische Erscheinungen. *Binet* selbst wies schon darauf hin, daß pathologische Kinder bei der Untersuchung ein besseres Resultat liefern können als in der Schule, wegen der besseren Aufmerksamkeitleistungen. Die elementaren Funktionen überhaupt, insbesondere auch die reine Merkfähigkeit, scheinen, zumal für das Pensum der untersten Klassen, eine große Rolle zu spielen, wie mehrfache Beobachtungen lehrten. Unter den Zurückbleibenden sind dann die vom Herrn Vortragenden schon erwähnten moralisch defekten Kinder, aber auch die mit sonstigen psychopathischen insbesondere affektiven Störungen, z. B. mit Stumpfheit oder großer Reizbarkeit und Empfindlichkeit, die bei unzweckmäßiger Behandlung leicht mit Unlust und Widerstand reagieren.

Solche psychopathischen Züge hindern auch in Verbindung mit nur geringer intellektueller Schädigung das Fortkommen in der Normalschule; diese Kinder brauchen individuelle Behandlung und Einzelunterricht, die sie nur in der darauf zugeschnittenen Hilfschule finden können.

Die *Binet*sche Methode trifft also nicht jede Schulunfähigkeit; sie wird allein den Überweisungen an die Hilfschule nicht zugrunde gelegt werden können, eine Beobachtung des Kindes in der Volkschule wird noch nötig sein. Damit aber würde die regelmäßige Untersuchung der zurückbleibenden Kinder auch für den vorliegenden Zweck doch recht wertvoll sein, denn für den größten Teil der Schwachbefähigten würde wenigstens das zweite Jahr in der Volkschule gespart werden und sie früher dem für sie geeigneten Unterricht zugeführt werden können. Bei anderen wird gerade die Differenz zwischen dem Befund nach *Binet* und den Klassenleistungen die Aufmerksamkeit erregen und eine Untersuchung durch den Facharzt veranlassen. Dabei würden dann entweder pathologische Eigenheiten früher erkannt und zu entsprechender Berücksichtigung kommen, oder aber es würden Kinder vor der Hilfschule bewahrt bleiben, in die sie nicht gehören, wo ihnen nicht genug geboten werden kann. —

Herr *Neisser* bittet den Vortragenden um eine Äußerung darüber, ob die *Binet*sche Methode lediglich einen exakteren, für Vergleichungen geeigneten Ausdruck dessen ergibt, was man auch sonst bei sachgemäßer Beschäftigung mit den betreffenden Individuen feststellen kann, oder ob auch Defekte zutage treten. die der Untersuchung sonst eventuell entgehen würden; ferner möchte er wissen, ob bei entsprechender Modifikation auch ältere Individuen mit der *Binet*schen Methode untersucht werden können. Bei seinen Untersuchungen an Fürsorgezöglingen fand er bei der Beurtei-



lung älterer Burschen, die ohne Schulbesuch in verwahrlostem Milieu aufgewachsen waren, öfters Schwierigkeiten, da die üblichen Methoden naturgemäß versagten und Vergleichsmöglichkeiten kaum gegeben schienen.

Herr *Kramer*: Ich stimme Herrn Dr. *Chotzen* nach meinen Erfahrungen darin durchaus bei, daß der Ausfall der Intelligenzprüfung nicht allein maßgebend für die Schulfähigkeit der Kinder sein kann. Bei einigen erwachsenen Schwachsinnigen, die ich untersucht habe, ergab die *Binet*sche Prüfung ein Intelligenzniveau unter 10 Jahren.

Auf die Bemerkungen des Herrn Direktor *Neisser* möchte ich erwidern, daß die *Binet*sche Prüfung kaum mehr ergibt, als man bei eingehender Beschäftigung und längerer Beobachtung feststellen kann. Der Hauptvorzug der Methode besteht darin, daß sie in relativ kurzer Zeit ein vielseitiges und der Alterstufe nach rubrizierbares Bild der Intelligenzleistungen verschafft.

Die Prüfung Erwachsener muß sich m. E. auf angeborene Defektzustände erheblichen Grades beschränken. Bezüglich der Verwertung der Resultate bei erworbenen Defektzuständen ist größte Vorsicht geboten, da hier die gedächtnismäßige Reproduktion der früheren Erfahrungen ein falsches Resultat bewirken kann.

Herr *Chotzen*: Zu einer vollständigen Intelligenzprüfung reicht die *Binet*sche Methode wenigstens in ihrer jetzigen Form m. E. nicht aus und genügt auch nicht für Schulzwecke; insbesondere nicht bei mangelnden Schulkenntnissen, wie Herr *Kramer* auch erwähnte. Dabei muß man z. B. auf die wertvolle und wichtige Probe, die Wiedergabe einer kleinen Erzählung, verzichten. Man wendet sie doch an, indem man die Geschichte erzählt, und muß dann zum mindesten noch eine reine Merkfähigkeitprüfung hinzufügen, die bei *Binet* zu kurz gekommen ist.

Was die Prüfung Erwachsener anlangt, so wäre es doch vielleicht nicht ohne Interesse, die Entwicklung des Intelligenzdefektes bei Imbezillen weiter zu verfolgen. Bemerkenswert ist es immerhin, daß, wie *Binet* das angegeben hat, ein 20 jähriger schwer Imbeziller nicht über die Tests der 7jährigen hinausgekommen ist, und noch mehr, daß ein nur leicht imbeziller Querulant mit epileptoider Degeneration nicht über die der 10jährigen Kinder, obwohl er, Mitte der 30er Jahre, als Möbelpacker selbständig für seinen und seiner Familie Unterhalt sorgte. Natürlich ist seine Intelligenzleistung also nicht der eines 10jährigen gleichzusetzen, denn alle praktischen Erfahrungen, die er im Laufe der Zeit gewonnen hat, bleiben bei der Prüfung ja unberührt.

Herr *Plathner*-Liegnitz: Ich habe an der Idiotenanstalt in Liegnitz eine größere Anzahl erwachsener Idioten geprüft und bisher noch keinen gefunden, der über die Stufe des 10jährigen Kindes hinauskommt. Ich kann nur bestätigen, daß sich auch hier die *Binet*sche Methode recht brauchbar erwiesen. Eine Ausnahmestellung nehmen nur die Fälle ein, in denen Epilepsie eine Rolle spielt.



Herr *Jeske*: Statistische Ergebnisse über die Abnahme des Alkoholismus seit Oktober 1909.

Im Laufe des letzten Jahres machte sich in Breslau eine auffällige Abnahme der Erkrankungen an Delirium tremens bemerkbar. Statistische Untersuchungen an der Hand der Bücher der einzelnen Krankenhäuser ergaben, daß die Zahl der Deliranten, die im Durchschnitt der letzten zehn Jahre etwa 200 betrug, seit September 1909 um 50 % abgenommen hat; die Zahl der chronischen Alkoholisten, pathologischen Räusche und Alkoholepileptiker hat sich gegen das Vorjahr um 28,5 % (von 186 auf 136) verringert. Zeitlich fällt das Sinken in der Frequenz der Alkoholisten mit dem Einsetzen des sozialdemokratischen Schnapsboykotts und der neuen Branntweinbesteuerung zusammen. Zum überwiegenden Teil dürfte es der Verteuerung des Schnapses zuzuschreiben sein, wie die Wirkungen des Branntweinsteuergesetzes vom 1. Oktober 1887 beweisen. Doch ist auch der Einfluß des Boykotts ein erheblicher gewesen, was aus dem Zeitpunkt des Beginns der Abnahme und aus persönlichen Umfragen bei Gastwirten und Arbeitern hervorgeht.

Die starke Verminderung in der Zahl der Alkoholisten ist auch auf die Kriminalstatistik von Einfluß gewesen; die Zahl der Verhaftungen wegen typischer Trunkenheitdelikte wie Hausfriedensbruch, Sachbeschädigung, Beamtenbeleidigung u. ä. hat gegen das Vorjahr um 21,3 % abgenommen, dagegen nicht die Zahl der Verhaftungen wegen Körperverletzung. Zwischen der Frequenz des Delirium tremens und der Alkoholdelikte besteht auch unter gewöhnlichen Verhältnissen ein gewisser Zusammenhang, wie das gleichmäßige Verhalten der Jahreskurven beweist.

Die Berufstatistik der Breslauer Deliranten ergibt das fast ausschließliche Vorkommen dieser Erkrankung bei den sozial schlechter gestellten Klassen. Die Mortalität beträgt 9,2 % und ist hauptsächlich durch die Häufigkeit der Pneumonie bedingt, der die Hälfte aller Todesfälle bei dem Alkoholdelir zur Last fällt. (Die genaueren Ergebnisse der Arbeit sollen demnächst veröffentlicht werden.)

Herr *Cantor*: „Ergebnisse von Assoziationsversuchen mittels bloßen Zurufs bei Schwachsinnigen."

Vortragender knüpft an die von Herrn Dr. med. *Max Levy*-Suhl in dessen „Studien über die experimentelle Beeinflussung des Vorstellungverlaufs" eingeführte Methode des Assoziationsversuches mit „freier" Versuchsanordnung an (Zeitschr. f. Psych. u. Phys. d. Sinnesorg., I. Abtlg., Bd. 42 u. 45). Für diese Methode ist charakteristisch, daß der Versuchsperson ohne jegliche vorausgehende Instruierung für ihr Verhalten, ohne jeglichen Hinweis auf die Bedeutung des Versuches beliebige Worte zugerufen werden. Vortr. hat diese Methode seit 1½ Jahren angewandt und gefunden, daß sie häufig recht charakteristische Resultate für die Art



der vorliegenden Geistesstörung liefert. Besonders auffällig erscheinen Vortr. die Reaktionen von schwachsinnigen Epileptikern, Paralytikern und senil Dementen, bei denen keine ausgeprägten formellen Störungen des Vorstellungablaufes vorliegen. Sie pflegen im Anschluß an die Reizworte in einer Art Plauderton von ihren Erlebnissen und Beobachtungen, deren Erinnerung durch die Reizworte geweckt wird, zu erzählen, lassen ihren Gedankengang durch die verschiedenartigsten Reizworte bald in die bald in jene Richtung bringen, hierbei meist eine ausgesprochen egozentrische Einstellung zu erkennen gebend. Vortr. hält diese Reaktionsweise für charakteristisch für die bezeichnete Gruppe von Schwachsinnigen. Einige Protokolle von Assoziationsversuchen mit freier Versuchsanordnung werden verlesen.

(Der Vortrag wird in extenso in der „Monatsschrift für Psychiatrie und Neurologie" erscheinen.)

Herr *Schröder*: „Über Behandlung der Morphinisten."

Unter den chronischen Intoxikationen nimmt der Morphinismus eine Sonderstellung ein. Die Therapie wird bei ihm weitgehend beeinflußt durch die Furcht vor den sog. Abstinenzerscheinungen. Die plötzliche Entziehung bei langdauerndem starkem Mißbrauch (½—1 g und mehr Tagesdosis) gilt nach einer weit verbreiteten Anschauung als ein unter allen Umständen gefahrvoller Eingriff, bei dem Kollapse und psychotische Erregungen nicht selten das Leben bedrohen. Allgemein anerkannt sind diese Befürchtungen niemals worden.

Vortr. demonstriert zwei schwere Morphinisten und referiert die Krankengeschichten von drei weiteren, denen in der Breslauer psychiatrischen Klinik in letzter Zeit das Morphium ohne weiteres plötzlich entzogen worden ist. Bedrohliche Erscheinungen haben sich bei keinem entwickelt, die Störungen waren gering und dauerten nur wenige Tage, dann trat rasch starke Körpergewichtzunahme ein (in einem Fall 46 Pfd.). Die Mehrzahl der Fälle war durch erhebliche Kachexie, weitverbreitete Abszeßbildung und andere Leiden (schwere Tabes, alte Rückenmarksverletzung) kompliziert.

Vortr. weist darauf hin, daß ähnliche Befürchtungen lange Zeit für die Therapie des chronischen Alkoholismus maßgebend gewesen sind. Die plötzliche Entziehung des Morphium wird anscheinend in weiten Kreisen bezüglich ihrer Gefährlichkeit stark überschätzt. Sie darf im allgemeinen als die Regel für die einleitende Therapie des Morphinismus gelten, Abweichungen davon als Ausnahmen, welche durch besondere Umstände indiziert sein können. Die hauptsächliche Bedeutung dieses Satzes liegt auf sozialpädagogischem Gebiet (*Bonhoeffer*); seine Anerkennung in ärztlichen Kreisen ist geeignet, der weitverbreiteten Legendenbildung im Publikum über die Gefahren der Entwöhnung von Morphium



ntgegenzuarbeiten, und in jedem Falle die möglichst frühzeitige Einleitung ler Entziehungskur seitens der Kranken selber und ihrer Angehörigen zu egünstigen. (Ausführliche Publikation des Vortrages in der Berl. klin. Vochenschrift.)

Herr *Casten*: „Demonstration zweier Fälle von uveniler Paralyse."

1. Fall: Julius Sch., 23 jähriger Arbeiter. Vater Potator. Mutter ei von verdächtigen neurologischen Symptomen. Geschwister angeblich sund. Patient hatte im ersten Lebensjahre krampfartige Zustände, twickelte sich späterhin körperlich gut. Von früher Kindheit an imbezill, ch in der Hilfschule schlecht; wegen Jähzorns schwer erziehbar. Auffllende Steigerung der Erregbarkeit seit dem 16. oder 17. Lebensjahre. s zum Antritt des Militärdienstes, bis zu seinem 20. Lebensjahre, ein auchbarer Fabrikarbeiter. Beim Militär fiel er sofort durch sein dementes rhalten auf und wurde demgemäß wegen Geistesschwäche als dienstbrauchbar entlassen. Nach 7wöchiger Abwesenheit von Hause zurückkehrt, machte er auf die Angehörigen einen gänzlich veränderten Eindruck, r still und untätig, erzählte verworrene Geschichten von allerlei ängstlen Erlebnissen, die er gehabt haben wollte. Er trieb sich ohne Arbeit, terhin auch obdachlos umher und kam schließlich etwa 5 Monate später Strafantrag seiner Mutter, die er bedroht hatte, in Untersuchungshaft, rde aber von dort schon nach 5tägigem Aufenthalt vorbehaltlos enten und in die städtische Heilanstalt für Gemütskranke überführt. Wähd der 2 Monate, in denen er dort untergebracht war, traten körperliche nptome wenig hervor — Tremor soll schon gleich nach der Entlassung Militär bestanden haben —, Patient machte einen stumpfen, initialosen Eindruck, seine Antworten erfolgten langsam und leise, seine fassung war sehr erschwert, seine Kenntnisse waren sehr gering, er e kein rechtes Situationsverständnis und kein Krankheitgefühl. eine geringfügige Remission folgte ein weiterer Fortschritt der Verlung unter Verschlechterung der Sprache; nach Jahresfrist wurde ent, 21 ½ Jahre alt, in die Psychiatrische Klinik aufgenommen. Er te damals bereits eine erhebliche Demenz charakteristischer Art, lytische Störungen der Sprache und der Schrift, allgemeinen Tremor, eschicklichkeit, an den Beinen klonische Phänomene, Oppenheimschen Babinskischen Reflex. Die Pupillen reagierten normal. Blut und or cerebrospinalis waren serologisch nach *Wassermann* +, erhebliche phozytose im Liquor.

Aus dem 1½ jährigen Verlaufe während der Beobachtung in der ik ist hervorzuheben das verhältnismäßig späte Auftreten von Stöen der Pupillarreaktion und die Ausbildung einer hochgradigen ischen Paraparese der Beine mit Kontrakturen. Die Verblödung ist u extremem Grade fortgeschritten. Eine zweimalige Wiederholung



der Untersuchung von Blut und Liquor hatte das gleiche Ergebnis wie die erste Untersuchung.

2. Fall: Anna Schy., 19 Jahre alt. Vater hat Lues gehabt, ist im Verlaufe einer Psychose, der 4 Jahre vorher eine passagere Augenmuskellähmung voraufgegangen war, durch Suizid zugrunde gegangen. Ärztliche Beobachtungen über diese seine Erkrankung liegen nicht vor.

Mutter unter Mittelgröße, frei von verdächtigen neurologischen Symptomen; hatte eine Fehlgeburt im 4. Monat, die folgende Geburt trat 4 Wochen zu früh ein. Zwei nach der Patientin geborene Brüder sind Psychopathen.

Patientin selbst war bei der Geburt angeblich gesund. Schon in den Kinderjahren war sie durch ihre Kleinheit auffallend. Bis in die ersten Schuljahre hinein litt sie an einer Laryngitis, über deren Natur sich nichts hat ermitteln lassen. Geistig entwickelte sie sich gut. Mit kaum 16 Jahren begann sie in ihren Leistungen als Näherin nachzulassen, wurde immer mehr unselbständig, so daß sie schließlich nur noch in der Häuslichkeit beschäftigt werden konnte. Seit ihrem 17. Lebensjahre klagte sie gelegentlich über Steifigkeit in den Fingern und stundenweises Reißen in Armen und Beinen. Verhältnismäßig rascher Rückgang der geistigen Fähigkeiten im letzten Halbjahre vor der Aufnahme in die Klinik. Patientin wurde stiller als früher, sehr reizbar, vergeßlich, immer langsamer und unbeholfener in den einfachsten häuslichen Arbeiten, vernachlässigte ihr Äußeres. Zeitweilig versagte die Sprache. Nur selten Klagen über Kopfschmerzen und Schwindel.

Die Patientin ist von auffallend kleinem Wuchse, sehr grazil gebaut, macht einen infantilen Eindruck. Aussehen entspricht etwa dem einer 12 jährigen. Pubes und Mammae entwickelt. Veränderungen an den Zähnen nicht sicher hereditär-luischer Provenienz. — Schlaffes, ausdrucksloses Gesicht, gelegentlich Differenz in der Innervation der Mundfaciales. Ungeschicklichkeit der Zungenbewegungen, Mitbewegungen im Gesicht. Paralytische Störung der Sprache, des Lesens und Schreibens. Pupillen different, entrundet. Lichtreaktion rechts spurenweise, links fehlend. Konvergenzreaktion beiderseits etwas schwach, aber wesentlich besser als die Lichtreaktion. — Fingerbewegungen ungeschickt; der Gang unsicher, zeitweilig etwas spastisch. Sehnenreflexe lebhaft, an den Beinen klonisch; beiderseits Babinski. Psychisch: grobe Lücken im Schulwissen und in den einfachsten Kenntnissen aus dem Erfahrungschatze des täglichen Lebens. Erhebliche Erschwerung der Auffassung, in allen Reaktionen meist große Langsamkeit, sehr geringe Merkfähigkeit; stumpf und initiativelos. Keine Einsicht für den schweren Defekt, kein Krankheitgefühl. Gelegentlich hypochondrische Beschwerden, die aber ohne Affekt vorgebracht werden.

Blut und Liquor cerebrospinalis serologisch nach *Wassermann* positiv. Im Liquor erhebliche Lymphozytose bei gleichzeitiger geringer Eiweißvermehrung



Nach dem Befunde und nach dem eigenartigen Verlaufe vor der klinischen Beobachtung handelt es sich in beiden Fällen um juvenile Paralyse; die hereditär-luische Ätiologie ist im ersten Falle zwar wahrscheinlich, aber nicht sicher erwiesen.

Herr *Bonhoeffer*: Demonstration eines Falles von Agnosie.

Eines Morgens im Juli konnte der 48jährige Patient nach Angabe der Frau sich plötzlich weder verständlich machen noch verstand er, was zu ihm gesprochen wurde. Vorangegangen war ½ Jahr vorher ein epileptischer Anfall und einige Schwindelanfälle. Im übrigen hatte er seine berufliche Tätigkeit bis zu diesem Tage ausgefüllt.

Der jetzige Befund ergibt zunächst ein völlig aufgehobenes Wortverständnis. Patient hat im Verlauf der fast 4 Monate seines Aufenthalts noch niemals einen Auftrag oder eine Frage verstanden. Geräusche erregen seine Aufmerksamkeit für gewöhnlich so gut wie gar nicht, und es ist unmöglich, ihn zur Identifikation eines Gegenstandes aus dem Eigengeräusch zu veranlassen. Doch läßt sich feststellen, daß er hört, und bei der Prüfung mit der kontinuierlichen Tonreihe zeigt sich, daß wenigstens links das Gehör für ein Gebiet, das nach oben und unten weit über die Sprachstrecke hinausreicht, erhalten ist.

Bemerkenswert ist, daß neben der offenbar erschwerten Erregbarkeit der akustischen Aufmerksamkeit bei der Prüfung des Gehörs die Empfindung mit unangenehmen Organempfindungen einhergeht. Er deutet bei derartigen Untersuchungen mit Zeichen der Unlust auf sein Ohr.

Die Spontansprache ist literal und vokal im höchsten Grade paraphasisch. Konkreta kommen so gut wie nicht vor. Zum Nachsprechen ist Patient niemals zu veranlassen gewesen.

Die Sprechweise zeigt Anomalien auch insofern, als der Pat. leicht in eine forcierte und übertriebene Innervation der Mund- und Sprachmuskulatur hineingerät. Er kommt dann geradezu in ein paraphasisches Brüllen. Emotionelle Erregung ist damit meist verbunden.

Schrift- und Lesesinnverständnis für Worte ist aufgehoben. Doch liest er gelegentlich Buchstaben und Zahlen richtig. Auch einzelne Worte, jedoch paraphasisch.

Zum Abschreiben, Abzeichnen ist Patient aus mangelndem Verständnis nicht zu bekommen. Auch für Zahlen ist das Verständnis zu Anfang so gut wie ganz erloschen. Mit der Zeit gelingt es durch auffordernde Gesten und durch Vormachen ihn zum Zungezeigen, zum Aufstehen, Sichsetzen zu bestimmen.

Auf optischem und taktilem Gebiete bestehen gleichfalls große Schwierigkeiten, die Aufmerksamkeit zu erregen. Verhindert man ihn, die Hände zum Begreifen zu nehmen, oder verbindet man ihm die Augen, um ihn bloß taktil manipulieren zu lassen, so bleiben Reaktionen, die ein

Erkennen des Gegenstandes bekunden, stets völlig aus. Er hält die Gegenstände in der Hand, ohne etwas zu machen, oder legt sie weg.

Es dauert lange, bis man ihn dazu bringt, die Dinge überhaupt zu fixieren. Eine genaue Bestimmung der Sehschärfe ist nicht möglich, doch liest er mit seiner Brille gelegentlich kleine Buchstaben. Auf Gegenstände, die von rechts ins Gesichtsfeld hineinkommen, reagiert er nicht, von links her erregen sie seine Aufmerksamkeit. Es besteht offenbar eine rechtseitige hemianopische Störung, doch scheint es, daß außer oben und unten Gesichtsfeldreste auch rechts vorhanden sind. Dem entspricht auch sein Verhalten beim Bewegen im Raum. Er bewegt sich nicht wie ein Kranker mit völliger rechtseitiger Hemianopsie. Er besieht Gegenstände und Bilder meist ohne Zeichen des Verständnisses. Doch läßt sich bei wiederholten Untersuchungen feststellen, daß er einzelnes erkennt. Er bekundet dies mit Gesten oder paraphasischen Ausdrücken der Freude. Optisch-taktil erkennt er mehreres, aber bei der Mehrzahl neuer ihm entgegengebrachter Dinge zeigt er kein Verständnis. Auch aus dem Beruf ihm geläufige Dinge sind ihm zunächst ganz fremd. Mit der Zeit entwickelte sich eine gewisse Fähigkeit, mit den Dingen seines täglichen Lebens zu manipulieren. Er ißt das vor ihn gestellte Essen, beißt aber gelegentlich auch in eine rohe Kartoffel oder in eine Seife, findet sich im Raum auch meist zurecht. Zigarren, Streichhölzer, Kleidungstücke erkennt er.

Die Fähigkeit zu feineren Fingerbewegungen ist durchaus erhalten. Er manipuliert geschickt und ohne jede Ataxie. Motorisch apraktische Symptome bestehen nicht. Dagegen treten gelegentlich, wenn man ihn mit mehreren Dingen zugleich manipulieren läßt (Zigarren, Zündholz und Messer usw.), Störungen der Handlungsfolge und Handlungsverwechslungen auf. Doch stehen die apraktischen Erscheinungen gegenüber den agnostischen durchaus im Hintergrund.

Sich selbst überlassen liegt der Patient meist ohne alle spontanen Bewegungsäußerungen zu Bett. Er schläft viel. Pseudoflexibilitas ist gelegentlich vorhanden. Beschäftigt man sich mit ihm, so zeigt sich, daß die üblichen konventionellen Verkehrformen und auch die entsprechenden Phrasen verhältnismäßig gut erhalten sind, und es tritt gelegentlich eine Neigung zu übertriebenen Gefühlsäußerungen hervor. Er sucht dann den Untersucher zu umhalsen und zu küssen.

Es ist ein doppelseitiger Hirnherd, der die hinteren konvexen Hirnpartien umfaßt, anzunehmen.

Links müssen die erste Schläfenwindung und wahrscheinlich die anstoßenden okzipitalen Partien zerstört sein.

Daß auch rechtseitig ein Herd von wahrscheinlich ähnlicher — nicht ganz übereinstimmender, es fehlt die Hemianopsie links — Ausdehnung besteht, dafür spricht der linkseitige Oppenheimsche Reflex, die Erscheinungen von taktiler und optischer Seelenblindheit und von Seelen-



taubheit und das gänzliche Ausbleiben der Rückbildung der sensorischen Aphasie.

Liegt wirklich, wie es höchst wahrscheinlich ist, ein Herd auch in der rechten Schläfewindung vor, so wird bei dem nachgewiesenen Erhaltensein der Sprachstrecke innerhalb der kontinuierlichen Tonreihe die *Wernicke*sche Hypothese hinfällig, daß die Sprachoktave in der ersten Schläfenwindung rechts und links lokalisiert und daß ihr Erhaltenbleiben auf der rechten Hirnseite bei linkseitigem Schläfelappenherd die Ursache für die Rückbildungsmöglichkeit der sensorischen Aphasie sei.

Dr. Neisser.

---

133. Sitzung des Psychiatrischen Vereins zu Berlin am 17. Dezember 1910.

Anwesend: *Ascher*-Berlin, *Birnbaum*-Buch, *Bratz*-Dalldorf, *Emanuel*-Charlottenburg a. G., *Forster*-Berlin a. G., *Fränkel*-Lankwitz, *Franke*-Buch a. G., *E. Gatz-Emanuel*-Charlottenburg a. G., *Hempel*-Wuhlgarten a. G., *Hildebrandt*-Dalldorf a. G., *Hoffmann*-Eberswalde, *H. Laehr*-Schweizerhof, *Leubuscher*-Hoppegarten a. G., *Liepmann*-Dalldorf, *Marthen*-Landsberg a. W., *Moeli*-Lichtenberg, *Richter*-Buch, *W. Sander*-Dalldorf, *Schayer*-Dalldorf, *Schauß*-Buch a. G., *Schleuser*-Wuhlgarten a. G., *Schlockow*-Wuhlgarten a. G., *Schmidt*-Wuhlgarten, *Schuster*-Charlottenburg, *Sklarek*-Buch, *Spliedt*-Waldfrieden, *Veit*-Wuhlgarten, *Viedenz*-Eberswalde, *van Vleuten*-Dalldorf, *Weiler*-Westend, *Werner*-Buch, *Ziehen*-Berlin, *Zinn*-Eberswalde.

Vorsitzender: *Sander.*

Der Schriftführer gibt einen Lebensabriß des verstorbenen Kollegen *Gock*, der seit 16 Jahren dem Vorstand des Vereins angehört hat. Die Anwesenden ehren sein Andenken durch Erheben von den Sitzen.

In den Vorstand wird *Zinn*-Eberswalde gewählt.

Ziehen-Berlin stellt einen Fall einer eigentümlichen Krampfneurose vor, welche er bis jetzt in fünf ausgeprägten und einigen etwas atypischen Fällen beobachtet hat. Alle Fälle gehören dem Kindesalter an (zwischen 8 und 15 Jahren). Drei Fälle betreffen Geschwister und sind auf Veranlassung des Vortr. bereits in einer Dissertation (von *W. Schwalbe*, Berlin 1908) kurz beschrieben worden. Das Charakteristische ist in allen Fällen ein extremer tonischer Krampf, der fast ununterbrochen besteht, aber bezüglich seiner Intensität erheblichen Schwankungen unterliegt. Durch denselben kommt es zu den schwersten Verkrümmungen der Extremitäten, des Kopfes und des Rumpfes. In zwei Fällen fiel besonders die starke lordotische Verkrümmung auf. Auch seitliche Kontorsionen sind sehr häufig. Eine klonische Komponente fehlt fast ganz. Suggestion ist fast ganz unwirksam. Im Schlaf verschwindet der Krampf. Schmerzen im Sinn der Crampusneurose bestehen nicht. Ablenkung der Aufmerksam-

keit durch Rechnen, Horchen auf Uhrticken usw. hat nur wenig Einfluß. Affekterregungen bedingen wohl oft eine leichte Steigerung. Ruhe, statische Innervation und Lokomotion bedingen keinen konstanten Unterschied. Zerebellare Störungen fehlen. Die Koordination ist intakt. Auch die grobe motorische Kraft scheint nicht oder ganz unwesentlich beteiligt. Sensible und sensorische Störungen fehlen meistens ganz. Reflexe und Sehnenphänomene sind erhalten. Überhaupt ist der sonstige Befund ganz normal. In einem Fall bestanden jedoch ausgeprägtere hysterische Symptome. In einem Fall traten vorübergehend Angstzustände, hypochondrische Vorstellungen und leichte Sinnestäuschungen auf.

Nachdem Vortr. das Krankheitbild an der jetzt in der Klinik befindlichen Patientin und an Photographien demonstriert hat, bespricht er die Ätiologie. Hereditäre Belastung spielt wohl sicher eine Hauptrolle. Im vorgestellten Fall ist vielleicht ein Trauma von Bedeutung, auch ist Pat. das 18. Kind. Alle typischen Fälle stammten aus Rußland. Hierauf wird die Differentialdiagnose gegenüber Tetanie, Myotonia congenita und acquisita (*Talma*), Paramyotonie und namentlich gegenüber Chorea in ihren chronischen Formen, Tic impulsif, Athetose, und Hysterie erörtert. Die hysterischen Symptome in einzelnen Fällen sind als suppraponiert aufzufassen. Die Beziehungen zu der Chorée variable des dégénérés von *Brissaud* werden gleichfalls erörtert. In dem vorliegenden Fall, dessen eingehend besprochene Anamnese in vielen Punkten unklar ist, weist manches (Asymmetrie der Sehnenphänomene, die sonst nicht beobachtet wird) auf eine Verwandtschaft mit Hemiathetose hin. Sonst aber hat das Krankheitbild etwas ganz Eigenartiges, namentlich durch die ausgesprochenen tonischen Krampfzustände, speziell auch im Nacken, Rumpf und den proximalen Extremitätenabschnitten. Der eigenartig „torquierte" Gang ist fast pathognomonisch. — Die Prognose ist schlecht. Alle therapeutischen Versuche blieben bis jetzt erfolglos. Als provisorische symptomatische Beziehung schlägt Vortr. vor: „tonische Torsionsneurose".

Diskussion. — *Moeli*-Lichtenberg fragt, ob psychische Infektion in einzelnen Fällen anzunehmen sei.

Schuster-Charlottenburg erinnert sich, ein ganz ähnliches klinisches Bild vor einer Reihe von Jahren gesehen zu haben. Es handelte sich gleichfalls um einen russischen Juden, von dem sich nachher herausstellte — und das erinnert an die Bemerkungen des Herrn *Ziehen* betr. die geistigen Störungen dieser Fälle —, daß er ein Schwindler und Hochstapler war. Die Störung soll, soviel ich mich erinnere, auch bei diesem Pat. von Kindheit an bestanden haben.

Forster-Berlin: Demonstration eines Falles von Affektkrise.



Vortragender stellt einen Patienten vor, der bei der Post angestellt var und in die Klinik eingeliefert wurde, weil er morgens, als er um ½6 Uhr um Dienst kam, auf der Post einen Tobsuchtanfall bekommen hatte.)er Postinspektor hatte einen Bericht mitgeschickt, in dem er schilderte, rie er den Patienten morgens hatte laut aufschreien hören, während ndere Briefträger ihn vergeblich zu beruhigen versuchten. Als der 'atient ihn, den Postinspektor, erblickt habe, sei er auf ihn zugestürzt, abe ihn wild angeblickt und wirre Reden geführt. Er ging auf Fragen icht ein, sondern erzählte, er sei ein uneheliches Kind, und man sehe n daher verächtlich an. Gleichzeitig erging er sich in ungehörigen Redens-'ten über Vorgesetzte, Beamte und Kollegen und führte fortgesetzt ›nfuse Reden in lautem schreienden Ton.

Als Patient in der Klinik ankam, war er örtlich und zeitlich orien-'rt und verhielt sich wieder ruhig. Er gab jetzt an, vollkommen gesund sein, und schilderte seine Vorgeschichte, in der seine uneheliche Geburt tschieden eine gewisse subjektive Überwertigkeit hatte. Anscheinend neidete er andere, die glücklicher waren, bis er vor kurzer Zeit ein idchen kennen lernte, in das er sich sehr verliebte, und die, wie er, eben-ls unehelich geboren war, sodaß er sich deswegen nicht zu schämen iuchte. Er hoffte, sie heiraten zu können, daher wäre sein ganzes sen in der letzten Zeit verändert worden; er habe die Wohnung seiner efmutter verlassen und sei mit dem Mädchen vor 4 Tagen zusammen-ogen. Das Mädchen sei ein lustiges, reizendes Mädchen, jeder, der sie der Straße sehe, schaue sich nach ihr um; die könne so leicht nicht er die Räder kommen. Bis gestern habe er seinen Dienst vollkommen 'ichtet, nur hätten seine Kollegen geäußert: „Wie sich der verändert der ist ja wie umgewandelt." Dies komme von dem Verkehr mit Mädchen; er fühlte sich seitdem so ganz anders; er habe gar keine ısche mehr nach Geld; jetzt fühle er sich vollkommen glücklich und e mit keinem tauschen, der reich sei.

„Ich muß immer an sie denken und dachte bei meiner Arbeit immer n, wenn ich doch bloß erst fertig wäre und mit ihr zusammen sein ıte." Er schilderte dann, wie er den gestrigen Abend mit ihr ver-ht habe. Das Mädchen sei abends mit einer Freundin fortgegangen um 4 Uhr zu ihm gekommen, wie er annahm, weil sie sich gedacht , daß ihm der Kaffee besser schmecken würde, wenn sie ihn ihm e. Um ¾4 Uhr sei er aufgestanden, um in den Dienst zu gehen. abe seine Haare ordentlich gekämmt und sei sich ordentlich hübsch ›kommen, hübscher wie sonst. Als er schon etwa eine Stunde ge-tet habe, sei dem Oberschaffner etwas zur Erde gefallen; er habe cht aufgehoben, und daraufhin habe der Oberschaffner vor sich hin-t; „Du Aas". Ob er ihn oder das gefallene Paket damit gemeint wisse er nicht. Jedenfalls habe er sich nicht fassen können, da habe von seinem Kräfteanfall Gebrauch gemacht". Er habe den Ober-



schaffner angesehen, um zu sehen, ob dieser auch ihn angucken würde, und da sprangen ein paar Kollegen auf ihn zu und hielten ihn zurück. Er habe dem Oberschaffner aber nichts tun wollen, er habe nur gewollt, daß dieser gestehen sollte, daß er „Aas“ gesagt hatte. Als er gesehen habe, daß die Angst hatten, habe er auch gemeine Ausdrücke gebraucht. Er hätte dann von seinem jetzigen Mädchen gesprochen, und daß er glücklich sei und nicht vom Gelde abhänge. Er habe in dem Zustand vor Keinem Respekt gehabt; er könne sich an alles genau erinnern.

Vortragender führt aus, daß bei diesem Tobsuchtanfall nicht eine elementare psychopathologische Erscheinung, etwa im Sinne eines katatonischen oder manisch-depressiven Anfalls, vorliegt, sondern daß es sich nur um einen heftigen Affektausbruch bei einem durch begründetes Glücksgefühl in seinem Wesen plötzlich veränderten Menschen handelt. Patient ist nicht als eigentlich geisteskrank anzusehen, obwohl wahrscheinlich eine psychopathische Veranlagung vorliegen muß, damit derartige Affektausbrüche zustande kommen können. Dabei muß aber betont werden, daß schließlich alle in dem Affektausbruch angewandten Redensarten und Handlungen durch die Affektlage und die Art der Glücksempfindung logisch erklärt sind, sodaß man die Ansicht, es handle sich hier um einen Affektausbruch, der noch gerade innerhalb der Grenze des Physiologischen gelegen ist, verteidigen kann. Immerhin aber ist zu erwarten, daß im künftigen Leben, wahrscheinlich durch äußere Gründe veranlaßt, Störungen der Geistestätigkeit bei Pat. hervortreten werden.

C. Hempel-Wuhlgarten: Bei 3 Patienten, die an Hypoplasie der Hoden ohne gröbere Formfehler an den Geschlechts- und Harnorganen leiden, die ferner sämtlich imbezill, und von denen 2 epileptisch sind, wird eine Reihe körperlicher Abweichungen demonstriert, die sich bei ihnen übereinstimmend, wenn auch in wechselnder Gruppierung und Intensität finden, nämlich Pigmentarmut der Haut, schwächliche Muskulatur, graziler Knochenbau, in einem Falle mit auffälligem Längenwachstum, geringe Behaarung im Gesicht und am Rumpf, hohe Stimme bei Kleinheit des Kehlkopfs, weibliche Bildung der Brüste, Kleinheit der Genitalien; solche Abweichungen finden sich in gleicher Weise bei frühzeitig Kastrierten und sind auf den Ausfall resp. die Herabsetzung der inneren Sekretion der Hoden zurückzuführen. Klinische Anzeichen einer Störung einer anderen Drüse mit innerer Sekretion (speziell der Hypophyse oder der Thyreoidea) fehlen. Zur Beurteilung der psychischen Folgen der mangelhaften Entwicklung der Hoden ist wieder der Vergleich mit dem psychischen Verhalten früh Kastrierter heranzuziehen. Anatomisch ist über das Gehirn der Kastraten so gut wie nichts bekannt. Unbestritten ist der Einfluß der Keimdrüsen auf die Entwicklung des Geschlechtstriebes. Geschlechtstrieb wie Potenz sind in zwei der vorgestellten Fälle hochgradig beeinträchtigt, in einem anscheinend intakt; die



rschgroßen Hoden dieses Mannes zeigen eine pralle Konsistenz, die etwa
eich großen Hoden der anderen sind welk und unelastisch. Der Einfluß
r (Früh-)Kastration auf die psychischen Fähigkeiten ist teils unter-
ıätzt, teils übertrieben worden. Die Kastration übt häufig einen un-
nstigen Einfluß auf Charakter und Gemütsleben aus; vor allem fehlt
n Kastraten geistige Regsamkeit und Tatkraft; ähnlich wie beim Tier,
3. Hengst und Stier, nach der Kastration der Charakter sich völlig ändert.
gendliche Kastraten sollen zu depressiver Verstimmung neigen. Eine
·zifische orchiprive Psychose vergleichbar den psychischen Störungen
Ausfall der Schilddrüse existiert nicht; ebensowenig ist es erwiesen,
} die Kastration Schwachsinn zur Folge hat. Die bei den demonstrierten
. vorhandene Imbezillität ist nicht als eine direkte Folge der Entwick-
ȝstörung der Hoden anzusehen, infolge Ausfalls der inneren Sekretion,
ist vielmehr anzunehmen, daß neben der Wachstumshemmung der
len auch die Großhirnrinde eine Hemmung in ihrer Entwicklung er-
ın hat, deren Folge die Imbezillität ist. Die Angaben über den Zu-
menhang zwischen Kastration und Epilepsie sind widerspruchvoll;
Erfolge der zur Heilung der Epilepsie ausgeführten Kastration sind
ig unsicher. In einem der vorgestellten Fälle hat sich die Epilepsie
ler (verspätet aufgetretenen) Pubertät entwickelt, im anderen Falle
ɘht eine Spätepilepsie, vielleicht nach Lues (Wassermannsche Reaktion
Serum positiv); in beiden Fällen fehlen Zeichen einer Arteriosklerose
eines organischen Nervenleidens. Die Epilepsie dieser Patienten ist
als auf dem Boden der Entwicklungshemmung des Gehirns entstan-
anzusehen, die auch die Imbezillität verursachte. Die Hypoplasie
Hoden repräsentiert ein schweres körperliches Degenerationzeichen,
ınscheinend öfters mit Imbezillität und Epilepsie kombiniert auftritt.

Schayer-Dalldorf: Krankenvorstellung.

Ich möchte mir erlauben, Ihnen einen Fall vorzustellen, der bereits
mselben Saale in der Sitzung vom 22. Juni 1907, also vor nunmehr
Jahren, Ihnen von Herrn *Schulz*, der damals der *Ziehen*schen Klinik
ıörte, gezeigt worden ist (vgl. Bd. 64, 5. Heft, S. 882—885 dieser
:hrift).

Das Bild, das die damals 11jährige Patientin darbot, war ein äußerst
ıntes: sie stand während der ganzen Dauer des Vortrages in ge-
ȝener, nach vorn übergebeugter Haltung, fast andauernd Mund-
el entleerend, auf dem Platze, an den man sie bei Beginn der De-
ration gestellt hatte. Nur mühsam konnte sie durch Aufrütteln
:hlusse des Vortrags dazu veranlaßt werden, eine einfache Aufforde-
:u befolgen. Das Mädchen befand sich, ganz allgemein ausgedrückt,
ıstande schwerster psychomotorischer Hemmung. Aus der Anam-
hob Vortragender, außer einer leichten nervösen Belastung von
der Mutter und einem leichten Grad angeborener Beschränktheit,



vor allem eine etwa ¾ Jahr zurückliegende, hochfieberhafte körperliche Erkrankung hervor, deren Art nicht mit Bestimmtheit eruiert werden konnte, die aber jedenfalls eine schwere Abmagerung zur Folge gehabt hatte. Das Kind befand sich seit dem 23. März 1907 in der Charité. Über den Verlauf wurde mitgeteilt, daß das Kind meist völlig affektlos sich verhalten, vielfach eingenäßt und sich mit Kot beschmutzt habe, daß es infolge stomatitischer Geschwüre an häufigem Speichelfluß leide, daß die starke Hemmung hin und wieder durch eine spontane, sinnvolle Handlung in letzter Zeit durchbrochen sei. Die Prüfung der Intelligenz hatte ein leidliches Resultat ergeben; insbesondere waren Unterschiedfragen ausreichend beantwortet worden.

Der Vortragende fixierte, unter Ausschluß von Hysterie und Dementia praecox, seine Diagnose auf Stupidität (*Jollys* Anoia) und stellte die Prognose als eine günstige hin. In der Diskussion wurden von den Herren *Försterling* und *Liepmann* recht erhebliche Bedenken gegen Diagnose und Prognose geltend gemacht; beide kamen zu dem Ergebnis, daß durch den bisherigen Verlauf der Krankheit die Annahme einer Dementia hebephrenica oder katatonica sehr nahegelegt werde.

Herr *Ziehen* hingegen unterstützte die Darlegungen des Vortragenden, indem er besonders darauf hinwies, daß katatonische Symptome und Salivation nicht gegen Stupidität sprächen, und daß im vorliegenden Falle das gute Ergebnis der Intelligenzprüfung als entscheidend für die Annahme einer Stupidität anzusehen sei. Auch er stellte eine Heilung als höchstwahrscheinlich in Aussicht.

Die Patientin hat sich nun noch bis zum 13. Juli 1907 in der Charité befunden. Nach dem klinischen Journal, das uns freundlichst zur Verfügung gestellt wurde, muß sich der Zustand späterhin verschlechtert haben: es finden sich beschrieben Neigung zu Perseverationen, häufigere Einnässung, zunehmende Hemmung, negativistisches Verhalten. Vom Juli bis 24. Oktober 1907 war das Mädchen bei seinen Angehörigen. Am letztgenannten Tage wurde sie in die Idioten-Erziehungs-Anstalt Dalldorf aufgenommen, jedoch bereits am 31. Oktober 1910, da sich ihre völlige Ungeeignetheit zum Unterricht herausstellte, wegen schwerer geistiger Erkrankung in die Kinderabteilung der Irrenanstalt Dalldorf verlegt.

Das Mädchen, nunmehr 15 ½ Jahre alt, befindet sich noch am heutigen Tage, also über 3 Jahre, in unserer Anstalt.

Die weiteren Nachforschungen hinsichtlich der Heredität ergaben eine außerordentlich schwere Belastung von mütterlicher Seite: die Mutter befindet sich seit dem Jahre 1904 mit kurzen Unterbrechungen in Behandlung der Dalldorfer Anstalt. Ein Bruder der Mutter, also ein Onkel der Patientin, ist ebenfalls seit langen Jahren wegen epileptischer Geistesstörung Patient in Dalldorf. Ferner hat ein Bruder der Patientin in seiner Kindheit lange Zeit an Chorea gelitten.



Wir konnten nun beobachten, daß sich der Zustand des Mädchens bis zu seinem jetzigen Tiefpunkt verschlechterte. Anfangs sprach sie noch hin und wieder spontan oder auf Aufforderung einige Worte, jetzt ist sie fast völlig mutazistisch. Wenn es gelingt, ihr einige Worte zu entlocken, so werden dieselben ganz leise und fast unverständlich gesprochen. Sie sitzt den ganzen Tag beschäftigunglos auf ihrem Stuhl, stiert mit leerem Gesichtsausdruck auf ihre Umgebung, beschmutzt sich fast täglich mit Urin und Kot, schmiert auch gelegentlich damit, spielt mit den Fingern in dem Gesicht herum und zeigt nur hin und wieder lichte Momente, indem sie den Arzt bisweilen erkennt oder Wärterinnen oder Besuchern die Hand reicht. Sie ist nicht imstande, mit dem Löffel zu essen oder sich anzuziehen. Bemerkenswert ist eine starke Schreckhaftigkeit, welche sich darin äußert, daß sie bei jedem Versuch, sie körperlich zu untersuchen, ängstlich zurückweicht, auch bei jeder Annäherung von ganz harmlosen Gegenständen zurückschreckt, ehe sie dieselben ohne ein Zeichen vom Verständnis in die Hand nimmt. Trotzdem keine Zahnfleischgeschwüre mehr bestehen, tritt vermehrte Salivation immer wieder anfallweise auf, wenn auch nicht in dem hohen Maße wie vor drei Jahren. Einfache Aufforderungen („gib mir mal die Hand, zeige deine Haare, deine Augen, die Zunge!“) werden zögernd befolgt. Es besteht ferner in wechselndem Grade Negativismus und Flexibilitas cerea. (Hier folgt entsprechende Demonstration an der Patientin seitens des Vortragenden.) Gezwungene, äußerst manierierte Stellungen wurden im Anfang sehr häufig beobachtet. Gibt man der Patientin ein einfaches Bilderbuch in die Hand, so blättert sie die Seiten desselben unter unverständlichem Murmeln verständnislos um, nur hin und wieder erkennt sie den abgebildeten Gegenstand; so z. B. zeigt sie mit dem Finger auf eine brennende Lampe und äußert dabei: „Licht brennt!“ Im Anschluß daran bezeichnet sie die nächstfolgenden Bilder wieder mit: „Licht brennt!“. Neben diesem als Perseveration zu bezeichnenden Phänomen sind mehr oder weniger deutlich stereotype Handlungen bei geringer Spontaneität, sowie Echolalie bei minimalen sprachlichen Äußerungen nachzuweisen. Ihr im allgemeinen vollständig apathisches Verhalten wird hin und wieder durch impulsive Handlungen durchbrochen, indem sie plötzlich aus dem Bett springt oder ein anderes Kind oder Wärterin schlägt oder im Krankensaal hin und her läuft. Auf ihrem ausdrucklosen Gesicht liegt fast ständig ein blödes Lächeln, das mitunter in submanischen Freudenausdruck übergeht. Ihre Angehörigen erkennt sie gar nicht mehr. Eine eigentliche Intelligenzprüfung war während ihres 3 jährigen Anstaltaufenthaltes niemals möglich; trotzdem werde ich wohl nicht auf Widerspruch stoßen, wenn ich das Mädchen für völlig verblödet erkläre.

Nach dem ganzen Verlauf und dem jetzigen Zustand der Patientin unterliegt es für mich keinem Zweifel, daß die damals von den Herren *Schulz* und *Ziehen* dargelegte Auffassung des Falles eine irrige war. Ich



resümiere mich dahin, daß es sich nicht um einen akuten, in verhältnismäßig kurzer Zeit in Heilung übergehenden Zustand, sondern um einen von vornherein chronischen, zur völligen, dauernden Verblödung führenden Krankheitprozeß gehandelt hat. Dementsprechend möchte ich die Annahme einer Stupidität verwerfen und mich vielmehr dahin äußern, daß es sich bei der Patientin um die hebephrenisch-katatonische Form der Dementia praecox gehandelt hat bezw. handelt. Bemerkenswert ist bei dem sonst typischen Verlauf der Umstand, daß wir den Beginn der Erkrankung mindestens bis zum 11. Lebensjahre zurückdatieren können.

Diskussion. — *Ziehen*-Berlin: Ich habe seinerzeit in der Diskussion die Prognose keineswegs als schlechthin günstig bezeichnet. Bei der damals diagnostizierten Stupidität tritt nur in etwa 60% der Fälle Heilung ein. Der jetzt vom Vortr. geschilderte weitere Verlauf spricht allerdings für die Möglichkeit, daß eine Dementia hebephrenica s. praecox und keine Stupidität vorgelegen hat. Freilich ist zu bedenken, daß auch bei der sekundären Demenz katatonische Symptome vorkommen. Alle diese Fälle nun auf Grund eines solchen Zustandbildes der Dementia hebephrenica zuzuweisen, halte ich für unzweckmäßig.

Liepmann-Dalldorf: Bei der Vorstellung vor drei Jahren habe er wie andre Diskussionsredner in erster Linie an einen katatonischen Verblödungsprozeß gedacht. In zweiter Linie sei auch der Gedanke an Hysterie aufgetaucht. *L.* fragt den Vortr., ob irgendwelche Momente für Hysterie sprechen.

Schayer-Dalldorf: Zunächst möchte ich Herrn *Ziehen* gegenüber bemerken, daß mir bei meinen Ausführungen jede polemische Absicht gegen seine Schule durchaus fern lag. Ich glaubte nur, das Interesse der Versammlung dadurch einige Minuten fesseln zu können, daß ich einen Fall, der vor mehreren Jahren als durchaus aussichtreich in bezug auf Heilung vorgestellt worden ist, in dem jetzigen, leider hoffnunglosen Zustande wieder zur Demonstration brachte. Daß auch ein echter Fall von Stupidität nicht selten in Defekt übergeht, bestreite ich durchaus nicht, glaubte aber, daß diese Defekte dann nach der Lehre des Herrn *Ziehen* auf dem Gebiete der Erinnerung liegen sollten. (Herr *Ziehen* stellt diese Annahme des Vortr. durch einen Zwischenruf als irrtümlich hin.) Jedenfalls hatte ich nicht die Absicht, hier die ganze Frage der Dementia praecox aufzurollen. Immerhin lautet meine Erinnerung über die damaligen Diskussionsbemerkungen des Herrn *Ziehen* dahin, daß die Prognose des vorgestellten Falles von ihm als relativ günstig hingestellt worden ist.

Auf den Einwand des Herrn *Liepmann*, ob es sich vielleicht bei der Patientin um einen hysterischen Stupor handele, möchte ich erwidern, daß weder auf körperlichem noch auf psychischem Gebiet jemals irgendwelche hysterische Zeichen beobachtet worden sind, und daß mir außerdem ein hysterischer Stupor von über 3½ jähriger Dauer noch nicht vorgekommen ist. *Hans Laehr.*



Kleinere Mitteilungen.

Der vom Deutschen Verein für Psychiatrie veranstaltete Fortbildungskurs für Psychiater wird in diesem Jahre vom 9. bis 28. Oktober in Berlin stattfinden. Es sind für Nervenheilkunde 20, für Hygiene 20, für pathologische Anatomie 16, für Chirurgie 14 und für innere Medizin 12 Stunden vorgesehen. Der Beitrag jedes Teilnehmers beträgt 80 Mk. Anmeldungen und Anfragen an Sanitätsrat Dr. *Hans Laehr* in Zehlendorf-Wannseebahn, Schweizerhof.

Erlaß betr. die Untersuchung der in Privatanstalten für Geisteskranke pp. anzunehmenden Pflegepersonen, vom 29. Dez. 1910. — Auf den gefälligen Bericht vom 19. November 1910 erwidern wir ergebenst, daß die nach § 20, Ziffer 1, Absatz 2 der Anweisung über Unterbringung in Privatanstalten für Geisteskranke, Epileptische und Idioten vom 26. März 1901 vor der Einstellung vorzunehmende ärztliche Untersuchung der Pflegepersonen sich zunächst auf deren körperliche Beschaffenheit zu beziehen haben wird. Durch die Untersuchung soll der allgemeine Gesundheitzustand, die Tätigkeit der Sinnesorgane, die Beweglichkeit des Körpers sowie das Nichtvorhandensein irgendwelcher übertragbarer Krankheiten und, soweit möglich, auch von früheren psychischen oder nervösen Erkrankungen (Krämpfen usw.) festgestellt werden, bevor die zum Eintritt sich meldende Person in der zu den Personalakten (zu vergl. § 21 Ziffer 2 a. a. O.) zu nehmenden schriftlichen Äußerung von dem leitenden Arzt als zum Pfleger (zur Pflegerin) geeignet bezeichnet wird. Nach entsprechender Dienstzeit auch eine Bemerkung über die Ausbildung und die Leistungen der Pflegepersonen in die bezeichneten Akten aufzunehmen, kann als zweckmäßig angesehen werden.

Eine ärztliche Untersuchung der an den genannten Anstalten tätigen Lehrer und Lehrerinnen, deren Gesundheitzustand bereits festgestellt ist, wird nur in besonderen Fällen in Frage kommen können.

Berlin, den 29. Dezember 1910.

Forensisch-Psychologische Gesellschaft in Hamburg. — Im Dezember v. J. ist in Hamburg eine wissenschaftliche

Vereinigung gegründet worden, welche als „Forensisch-Psychologische Gesellschaft" die Beschäftigung mit gerichtlicher Psychologie und Psychiatrie, Kriminalistik (Erforschung des Verbrechertums und seine Bekämpfung), Gefängniskunde, Reformfragen des Straf- und Zivilrechts und verwandten Gebieten zum Gegenstande gemeinsamer Arbeit für Juristen und Mediziner machen will. Zu diesem Zwecke sollen Vorträge, Diskussionen, fachwissenschaftliche Kurse, Demonstrationen und Besichtigungen veranstaltet werden. Die Gesellschaft, welche sich selbst durch Wahl ergänzt, zählt bereits über 100 Mitglieder, zu welchen neben zahlreichen Richtern und Staatsanwälten Psychiater, Psychologen, beamtete und praktische Ärzte, Verwaltungsbeamte, Mitglieder der Gefängnisverwaltung und der wohltätigen Anstalten gehören. Die Ämter des aus 14 Herren bestehenden Vorstandes nehmen wahr Oberstaatsanwalt *Irrmann* als erster Vorsitzender, Prof. *Dr. Weygandt*-Friedrichsberg als zweiter Vorsitzender, Prof. Dr. *Buchholz* als Kassenwart, Staatsanwalt Dr. *Schläger* als Schriftführer.

Nekrolog Koenig. — Am 9. Januar 1911 starb nach langem Leiden der Geheime Medizinalrat Dr. *Koenig*, vormals Oberarzt an der Irrenanstalt der Stadt Berlin zu Dalldorf.

Wilhelm Julius Koenig war am 13. Oktober 1858 in Konstantinopel als Sohn eines aus Danzig stammenden deutsch-reformierten Predigers geboren. 1863 zogen die Eltern nach Budapest; dort im Elternhause und später auf dem Nicolai-Gymnasium in Leipzig empfing er seine Schulbildung. Er studierte Medizin in Leipzig, Freiburg und Berlin von 1878 bis 1883.

Nach erhaltener Approbation als Arzt — in Berlin 1883 — war er zunächst einige Monate als Volontär an der evangelischen Diakonissenanstalt Bethesda in Budapest tätig, ging aber noch am Ende desselben Jahres nach Berlin zurück, arbeitete an der Psychiatrischen Charité-Klinik bei *Carl Westphal* und trat, von *Westphal* wärmstens empfohlen, Ende Dezember 1883 als Volontärarzt an der Irrenanstalt in Dalldorf (damals unter Direktor *Ideler* d. J.) ein, an die seine ganze fernere Laufbahn geknüpft ist. Er wurde am 1. Juli 1884 Assistenzarzt. 1893 wurde er zum Oberarzt ernannt und blieb in diesem Amte bis zu seiner am 1. April 1910 wegen Krankheit erfolgten Pensionierung.

Im Nebenamte wurde er 1896 als Medizinalassessor in das Kgl. Medizinalkollegium der Provinz Brandenburg berufen. 1901 wurde er Medizinalrat und Mitglied dieser Behörde. Im Frühjahr 1908 wurde ihm der Charakter als Geheimer Medizinalrat verliehen.

Koenig war mit ganzer Seele Psychiater. Er ist nicht, wie viele unserer Fachgenossen, auf Umwegen oder durch zufällige Umstände zur Psychiatrie gekommen, sondern schon seinen Übergang von der *Westphal*schen Klinik zur Irrenanstalt Dalldorf lenkte die ausgesprochene Absicht, bei

der Psychiatrie zu bleiben; und die Erfolge, die ihm nachmals als wissenschaftlichem Arbeiter wie als praktischem Psychiater beschieden waren, haben gezeigt, daß er schon früh die eigene Berufung richtig erkannt hatte.

Seine wissenschaftlichen Arbeiten sind namentlich der Erforschung der Idiotie gewidmet, und innerhalb dieses Gebietes interessierten ihn besonders die spastischen Erscheinungen, bzw. die zerebralen Kinderlähmungen der Idioten. Während sein wissenschaftliches Arbeiten sich also vorwiegend auf dem Gebiete der organischen Gehirnläsionen bewegte, kamen in seiner irrenärztlichen Praxis sein lebendiges menschliches Miterleben und die ihm innewohnende Fähigkeit der Einfühlung, und in seiner reichen Gutachtertätigkeit auch eine große stilistische Begabung besonders zur Geltung. *Koenig*s Obergutachten waren mit Recht sehr geschätzt.

Seinen Mitarbeitern machte ihn seine Freundlichkeit, sein argloser Humor und seine schlichte Kollegialität — gerade auch uns Jüngeren gegenüber — wert. Vor allem aber war der Verstorbene ein Mann, dessen Wesen jede Spur von Hinterhältigkeit und Nachträglichkeit fremd war, dessen Freundlichkeit von Herzen kam.

Ich bringe unten ein Verzeichnis seiner wissenschaftlichen Publikationen. Einige dieser sind in englischer Sprache erfolgt: *Koenig*, durch seine Mutter und seine Gemahlin, Engländerinnen, mit England verknüpft, gehörte zu den wenigen Menschen, die zwei Muttersprachen in vollständig gleicher Weise beherrschen.

Außer den hier angeführten Arbeiten hat er sehr viel referiert, früher für das *Erlenmeyer*sche bzw. *Kurella*sche Centralblatt; dann bis noch vor kurzer Zeit für die Fortschritte der Medizin und als ständiger Mitarbeiter für die *Flatau-Jacobsohn*schen Jahresberichte der gesamten Neurologie und Psychiatrie:

1. Demonstration eines Idiotengehirns. Vortrag im Psychiatrischen Verein zu Berlin an 15. Dezember 1884 (siehe diese Zeitschrift Bd. 42. S. 138).

2. Ein Fall von Gummi des Thalamus opticus (*Virchow*s Archiv 1884).

3. Zur Wirkung des Urethan bei subkutaner Anwendung. *Erlenmeyer*s Centralbl. f. Neurol. u. Psych. 1885 S. 358.

4. (mit *R. Otto*) Beitrag zur Wirkung des Urethan bei Geisteskranken. Ebenda S. 289.

5. Beitrag zur Lehre von der Erkrankung der motorischen Zone des Großhirns. Arch. f. Psych. Bd. 18 S. 831 ff. (ref. diese Zeitschrift Bd. 45 S. 71).

6. Zwei Fälle von Erkrankung der motorischen Zone des Großhirns. Vortrag in der Berliner Gesellschaft für Psychiatrie und Nervenkrankheiten am 10. Januar 1887.

7. Über funktionelle Störungen im Gebiete des Facialis-Hypoglossus mit

besonderer Berücksichtigung der funktionellen Hemiplegie. Neurol. Centralbl. 1892.

8. Zur Akinesia algera. *Erlenmeyers* Centralbl. f. Neurol. u. Psych., XV. Neue Folge. III. Band. Mai 1892. S. 97—111.
9. Über eine anfallweise auftretende Sprachstörung bei einer an Dementia paralytica leidenden Frau. Psychiatrischer Verein zu Berlin, 15. Juli 1891 (siehe diese Zeitschrift Bd. 48 S. 531).
10. Über passagere Sprachstörungen bei progressiver Paralyse. Diese Zeitschrift Bd. 49, Hft. 1. u. 2, S. 143, 1893.
11. Über Gesichtsfeldermüdung. Vortrag in der Berliner Gesellschaft für Psychiatrie und Nervenkrankheiten, 6. Juni 1892.
12. Über Gesichtsfeldermüdung und deren Beziehung zur konzentrischen Gesichtsfeldeinschränkung bei Erkrankungen des Zentralnervensystems. Leipzig 1893, F. C. W. Vogel.
13. Über eine seltene Form der zerebralen Kinderlähmung. Vortrag im Psychiatrischen Verein am 15. März 1893 (siehe diese Zeitschrift Bd. 50, 1894, S. 381).
14. Zu demselben Thema. Deutsche med. Wochenschr. 1893 S. 442.
15. Ein Fall von einseitigem Beweglichkeitsdefekt des Bulbus nach oben. Vortrag in der Gesellschaft der Charité-Ärzte, 1. Dezember 1892 (siehe Berliner klin. Wochenschr. 1893 Nr. 31 und *Erlenmeyers* Centralblatt f. Nervenheilk. 1893, XVI. Jahrg. Neue Folge. IV. Bd., S. 217).
16. Transitorische Hemianopsie und konzentrische Gesichtsfeldeinschränkung bei einem Falle von zerebraler Kinderlähmung. Berliner Gesellschaft für Psychiatrie und Nervenkrankheiten, 11. März 1895.
17. Über dasselbe Thema. Arch. f. Psych. Bd. 27.
18. Ein Fall von kongenitaler partieller Okulomotoriuslähmung bei zerebraler Kinderlähmung. Vorstellung in der Gesellschaft der Charité-Ärzte, 16. Mai 1895 (siehe Berliner klin. Wochenschr. 1895 Nr. 33).
19. Über zwei Fälle von zirkumskripter Meningoencephalitis caseosa convexitatis bei Kindern. Vortrag in der Berliner Gesellschaft für Psychiatrie und Nervenkrankheiten, 19. Juli 1893 (siehe *Erlenmeyers* Centralbl. f. Nervenheilk. 1893 S. 442).
20. Weitere Mitteilungen über die funktionellen Gesichtsfeldanomalien mit besonderer Berücksichtigung von Befunden an normalen Menschen. (Mit 7 Abb.) Deutsche Zeitschr. f. Nervenheilk. VII, 1895, S. 263.
21. Zerebrale Diplegie der Kinder. *Friedreich*sche Krankheit und multiple Sklerose. Berliner klin. Wochenschr. 1895 Nr. 33.
22. Über zerebral bedingte Komplikationen, welche der zerebralen Kinderlähmung wie der einfachen Idiotie gemeinsam sind, sowie über die abortiven Formen der ersteren. Berliner Gesellschaft für Psychiatrie und Nervenkrankheiten, 14. Juni 1897, und Deutsche Zeitschr. f. Nervenheilk. Bd. XI, Hft. 3 u. 4.
23. Über Mitbewegungen bei gelähmten und nicht gelähmten idiotischen Kindern. Berliner Gesellschaft für Psychiatrie und Nervenkrankheiten,



1896 (Autorreferat: *Erlenmeyers* Centralbl. f. Nervenheilk. 1897, XX. Jahrg. Neue Folge. Bd. VIII, S. 24).

24. Ein Fall von Aphasie. Vortrag im Psychiatrischen Verein zu Berlin, 12. Dezember 1896.
25. Über das Verhalten der Hirnnerven bei den zerebralen Kinderlähmungen nebst einigen Bemerkungen über die bei den letzteren zu beobachtenden Formen von Pseudobulbärparalyse. Zeitschr. f. klin. Medizin Bd. XXX, Heft 3 u. 4.
26. Über die bei den zerebralen Kinderlähmungen in Betracht kommenden prädisponierenden und ätiologischen Momente. Berliner Gesellschaft f. Psychiatrie und Nervenkrankheiten, 9. Mai 1898 (Deutsche Zeitschr. f. Nervenheilk. Bd. XIII, Hft. 1 u. 2).
27. Über epileptische und hysterische Krämpfe bei gelähmten und nicht gelähmten idiotischen Kindern (Monatsschr. f. Psych. u. Neurol. 1898).
28. Über „springende Pupillen" in einem Falle von zerebraler Kinderlähmung nebst einigen Bemerkungen über die prognostische Bedeutung der springenden Pupillen bei normaler Lichtreaktion. Vortrag in der Berliner Gesellschaft für Psychiatrie und Nervenkrankheiten, 13. März 1899 (Deutsche Zeitschr. f. Nervenheilk. 1899).
29. Über die bei Reizung der Fußsohle zu beobachtenden Reflexerscheinungen mit besonderer Berücksichtigung der Zehenreflexe bei den verschiedenen Formen der zerebralen Kinderlähmung. Berliner Gesellschaft für Psychiatrie und Nervenkrankheiten, 12. Juli 1899 (siehe *Erlenmeyers* Centralbl. f. Psych. u. Nervenheilk. Bd. XXII, 1899, S. 459).
30. Zur dysarthrischen Form der motorischen Aphasie, bzw. zur subkortikalen motorischen Aphasie. Monatsschrift f. Psychiatrie und Neurol. VII, S. 179, 1900.
31. Krankenvorstellung: 10jähr. idiotisches Mädchen, bei welchem durch Myxödem ein Zustand von allgemeiner Starre vorgetäuscht wird. Berliner Gesellschaft für Psychiatrie und Nervenkrankheiten, 9. Juli 1900 (siehe *Erlenmeyers* Centralbl. f. Psych. und Nervenheilk. XXIII, 1900, S. 547).
32. Über die „Formes frustes" des Hemispasmus glossolabialis. Arch. f. Psych. u. Nervenkrankh. XXIX, 2.
33. Einige Mitteilungen über den heutigen Stand des Irrenwesens in England und Schottland. Allgem. Zeitschr. f. Psych. 1895.
34. Über Lues als ätiologisches Moment bei der zerebralen Kinderlähmung. Neurol. Centralbl. 1900.
35. Über die bei den zerebralen Kinderlähmungen zu beobachtenden Wachstumstörungen. Vortrag in der Berliner Gesellschaft für Psychiatrie und Nervenkrankheiten (Deutsche Zeitschr. f. Nervenheilk. 1900).
36. On pupillary anomalies in paralysed and nonparalysed Idiot children



and their relation to hereditary Syphilis. (The journal of mental science, July 1900).

37. Die Ätiologie der einfachen Idiotie, verglichen mit derjenigen der zerebralen Kinderlähmungen. Allgem. Zeitschr. f. Psych. LXI, 1, 2. 1904
38. The problem of heredity from the psychiatrical aspect. Vortrag vor der British Medical Association in Oxford, July 1900 (British medic. journn. Oct. 15th. 1904).
39. On Juvenile Paralysis. Vortrag im Verein der angloamerikanischen Ärzte zu Berlin 1905.

Paul Bernhardt-Dalldorf.

Personalnachrichten.

Dr. *Rich. Snell*, Dir. des Eichbergs, ist zum Dir. der Anstalt Herborn,

Dr. *Joh. Wachsmuth*, Oberarzt in Frankfurt, zum Direktor des Eichbergs bei Erbach ernannt worden.

Dr. *Paul Matthies*, bisher in Dalldorf, wurde als Oberarzt nach Wuhlgarten,

Dr. *Hans Ehrcke*, Oberarzt, von Alt-Scherbitz nach Nietleben,

Dr. *Karl Demohn*, Oberarzt, von Nietleben nach Alt-Scherbitz,

Dr. *Fritz Erk*, Oberarzt, von Weilmünster nach Herborn versetzt.

Dr. *Willy Vorkastner*, Oberarzt in Greifswald, hat sich an der dortigen Universität als Privatdozent habilitiert.

Dr. *Wilh. Strohmayer*, Priv.-Doz. in Jena, und

Dr. *Emil Raimann*, Priv.-Doz. in Wien, sind zu a o. Professoren,

Dr. *Emil Laux* in Oldenburg, Arzt der Pflegeanstalt Blankenburg, und

Dr. *A. Ransohoff*, Dir. von Stephansfeld, zum Sanitätsrat ernannt worden.

Dr. *Wilh. Sander*, Geh. Med.-Rat, Dir. von Dalldorf, hat den Roten Adlerorden 3. Kl. mit Schleife,

Dr. *Carl Moeli*, Geh. Med.-Rat u. Prof., Dir. von Herzberge, den Kronenorden 2. Kl.,

Dr. *Karl Dittmar*, Geh. San.-Rat, Dir. in Saargemünd, den Kronenorden 3. Kl. und

Dr. *Adolf Friedländer*, Prof., Hofrat, in Hohe Mark den Russischen Stanislaus-Orden erhalten.

Dr. *Joh. Fritsch*, ao. Prof. u. Reg.-Rat in Wien, ist in der Nacht zum 14. Dez., 61 J. alt,

Dr. *Wilh. König*, Geh. Med.-Rat, früher Oberarzt in Dalldorf, am 9. Jan., 53 J. alt, gestorben.

Homosexualität und Psychose.

Von

Medizinalrat Prof. Dr. **P. Näcke** in Hubertusburg.

Von der fast allgemein angenommenen Ansicht ausgehend, daß die Homosexualität eine Entartung sei, müßte man schließen, daß Urninge psychisch schneller erkranken als die anderen, vielleicht aber auch weiter, daß diese sexuelle Perversion, wie so manche sexuelle Perversitäten, im Verlaufe von Psychosen häufiger sich zeige. Da dieser Gegenstand bisher in extenso, soviel ich sehe, nicht behandelt worden ist, die Homosexualität außerdem unser spezielles Interesse nach mehr als einer Richtung hin beansprucht, so erscheint es gewiß nicht überflüssig, sie nach obigen zwei Gesichtspunkten hin etwas näher zu betrachten.

Doch zuvor müssen wir uns verstehen, und es gilt genaue Definitionen zu geben. Homosexuell ist nur derjenige, welcher dem eigenen Geschlechte gegenüber sexuelle Empfindungen hegt, die meist — aber nicht immer — zu homosexuellen Handlungen führen: gewöhnlich mutuelle Onanie, selten Päderastie. Pseudohomosexuelle dagegen führen homosexuelle Handlungen bei heterosexuellem Empfinden aus. Das sind dann die sog. „erworbenen" Fälle, die also mit echter Inversion absolut nichts zu tun haben, aber nur zu oft mit jener verwechselt werden[1]).

[1]) Vergleiche *Näcke*: a) Probleme auf dem Gebiete der Homosex. Diese Zeitschr. Bd. 59. 1902. — b) Die Einteilung der Homosexuellen. Ibidem, Bd. 65, 1908. — c) Ein Besuch bei den Homosexuellen in Berlin usw. Archiv f. Kriminalanth. usw. Bd. 45. 1904. — d) Der Traum als feinstes Reagens für die Art des sexuellen Empfindens. Monatsschr. f.



Erkranken nun wirklich die echten Homosexuellen so häufig? Darüber können zunächst nur die abnorm wenigen wirklichen Kenner der gleichgeschlechtlichen Liebe Auskunft geben, zu denen nur sehr wenige Psychiater gehören. So kommt es, daß die meisten Irren- und Nervenärzte vom Urningtum total falsche Vorstellungen haben.

Dies ist ja auch natürlich, da sie ihre Erfahrung fast nur den wenigen Fällen aus ihrer Sprechstunde oder Anstalt oder aus der forensischen Tätigkeit verdanken, nicht aber aus dem Milieu, oder nur selten daraus. Die anderen Exemplare sind aber meist pathologische und suchen eben deshalb die Hilfe des Arztes, daher ganz verkehrte Verallgemeinerungen auf die übrigen Invertierten gezogen werden. Selbst der seiner Zeit beste Kenner der Sache, *v. Krafft-Ebing*, kannte wohl nur die pathologischen Urninge, weshalb er auch anfangs vielfach verkehrte Ansichten darüber hatte, welche er freilich später zum größten Teile korrigierte. Offenbar hatte er unterdes noch freilebende Homosexuelle kennen gelernt, also außerhalb der Sprechstunde, oder aber seine Erfahrung der größeren anderer, namentlich *Hirschfelds*, untergeordnet. Wie bescheiden drücken sich Sexologen von hohem Rufe, wie *Rohleder*, *H. Ellis*, über ihre Kenntnisse bez. der Homosexualität aus und betonen dabei immer, daß ihr Material ein kleines, unzureichendes sei [1]). Man betrachte dagegen die unfehlbare Sicherheit, mit der andere, selbst sehr berühmte Leute, ihre Ansichten vortragen, die doch nur laienhafte sind und sein können. Was die große eigene Erfahrung bewirken kann, zeigt sehr gut das Verhalten *Blochs*, der anfangs, wie die anderen, ganz verkehrte Ansichten vertrat, bis er durch *Hirschfeld* Hunderte von Urningen in ihrem

Kriminalpsych. 1905. — e) Die Diagnose der Homosexualität. Neurol. Zentralbl. 1908, Nr. 8. — f) Echte, angeborene Homosex. und Pseudohomosex. Deutsche medizin. Wochenschr. 1909, Nr. 54. — g) Berichtigung einiger Irrtümer, die Homosex. betr. Archiv f. Kriminalanthrop. usw., Bd. 36, 1909. — h) Homosex. u. Sachverständiger. Reichs-Medizinal-Anzeiger, 1910. Nr. 2, — i) Die Behandlung der Homosexualität. Sexualprobleme, Aug. 1910. Und noch weitere kleinere und größere Aufsätze, von denen einige später zitiert werden sollen.

[1]) Selbst der vielerfahrene *Moll* sagt in einer Arbeit (Probleme in der Homosexualität, Zeitschr. f. Kriminalanthrop. usw., Berlin 1897, S. 173): „Wenn es mir gestattet ist, auf Grund meiner nicht geringen Erfahrungen ein Urteil abzugeben . .“ Und bez. der Frage nach der erblichen Belastung spricht er nur von den intelligenteren Personen, „die mich ärztlich konsultierten“, bei denen er allerdings meist schwere erbliche Belastung nachweisen konnte.



Milieu kennen lernte und einsah, daß er falsch und vorschnell geurteilt hatte. So ist es auch mir selbst ergangen. Niemand will sich aber die Mühe geben, diesen Weg selbst zu gehen, sondern man zieht es vor, die alten Ansichten wiederzukauen und sich als Sachverständigen zu betrachten. Behauptete doch z. B. *Ingegnieros* [1]), ein sonst tüchtiger Irrenarzt, er kenne überhaupt nur einen einzigen echten Fall von Inversion und dazu noch einen fremden, von *de Veyga* beobachteten, sonst nur Pseudohomosexuelle! Offenbar hat er draußen lebende Urninge nicht gekannt und scheint so anzunehmen, daß echte Invertierte mehr oder minder nur in der Phantasie bestehen oder abnorm selten sind. Es ist daher nicht zu verwundern, daß er viele falsche Vorstellungen entwickelt, besonders aber über die griechische Knabenliebe (S. 76). Immerhin ist es lobend anzuerkennen, daß er die sog. Homosexuellen der Irrenanstalten nur als Pseudohomosexuelle ansieht.

Für unsere erste Frage finde ich in der Literatur nur ganz wenige und sehr vage Angaben. So liest man bei *v. Krafft-Ebing* [2]): „Wenn solche Unglückliche Neuropathiker sind, auch nicht selten zeitweise oder dauernd psychisch erkranken, so liegt dies z. T. in den seelischen Konflikten, . . ., wesentlich aber darin begründet, daß die Träger dieser Anomalie fast ausschließlich belastet und zwar erblich belastete Individuen sind. Auch ihre nicht seltene Minderwertigkeit . . .“ Ausdrücklich spricht er ferner hier von einer „Anomalie“, nicht von Krankheit. Andernorts [3]) sagt er: „In der Mehrzahl der Fälle finden sich psychische Anomalien . . . bis zu ausgesprochenen psychischen Degenerationszuständen (Schwachsinn, moralisches Irresein). Bei zahlreichen Urningen kommt es temporär oder dauernd zu Irresein mit dem Charakter der Degenerativen (pathologische Affektzustände, periodisches Irresein, Paranoia usw.). Fast in allen Fällen . . . fanden sich Neurosen, Psychosen, Degenerationszeichen usw. in den betreffenden Familien.“ Kurz vorher bezeichnet er die Inversion als ein „funktionelles Degenerationszeichen und als Teilerscheinung eines neuro(psycho)pathischen, meist hereditär bedingten Zustandes . . .“ Sätze, die, wie wir bald sehen werden, der Wahrheit durchaus n i c h t entsprechen. *Moll* (a. a. O.) schweigt sich merkwürdigerweise über die Sache ganz aus, ebenso die besten Kenner der Homosexualität in Holland: *Aletrino* und *v. Römer*. Ich selbst sagte einmal (a. a. O.: i)), „daß durch die schreckliche schiefe soziale Lage, in welche

---

[1]) *Ingegnieros*, Patalogia de las funciones psicosexuales. Archivos de Psiquiatria y criminologia, 1910, p. 3 ss.

[2]) *v. Krafft-Ebing*, Über sexuelle Perversion. Deutsche Klinik am Eingange des 20. Jahrh., 1901. In dieser Arbeit hat er sich von den meisten Vorurteilen losgemacht, die er dann aber später in seiner Psychop. sexualis (13. Aufl.) leider zum Teil wieder vorbringt.

[3]) *v. Krafft-Ebing*, Psychopathia sexualis, 13. Aufl., 1907, S. 254.

Urninge gerieten, viele Selbstmorde sich ereigneten, ferner auch gern geistiges Zusammenbrechen bei dazu Disponierten".

Da ich aber Näheres wissen wollte, wandte ich mich an die beste Quelle, an Dr. *Magnus Hirschfeld* in Berlin, der mir am 11. Februar 1910 von Paris aus folgendes schrieb, was ich mit seiner ausdrücklichen Genehmigung hier wiedergebe:

„Nach dem, was ich gesehen und erfahren habe, scheint es mir, daß sie (sc. die Geisteskrankheiten bei Homosexuellen) nicht häufiger oder nicht seltener sind als bei den Heterosexuellen. Um genau über das zahlenmäßige Verhältnis zu urteilen, müßte man meines Erachtens drei Zahlen vergleichen können: 1. den Prozentsatz der Geisteskrankheiten unter den Heterosexuellen, 2. den Prozentsatz der Homosexuellen zur gewöhnlichen Bevölkerung (die meiner Ansicht nach zum mindesten in Deutschland und England 2% ausmacht), 3. den Prozentsatz der Geisteskrankheiten unter den Homosexuellen. Ich habe bis jetzt ungefähr 6000 Homosexuelle kennen zu lernen Gelegenheit gehabt, eher mehr als weniger, und ist der Eindruck, den ich gehabt habe und im Augenblick so angebe, wie er mir im Gedächtnis geblieben ist, etwa folgender. Ziemlich häufig sind bei Homosexuellen hysterische Zustände, was wohl nur zum kleinen Teil auf dispositioneller Grundlage beruht, mehr durch äußere Faktoren — gewaltsame Unterdrückung der geschlechtlichen Betätigung usw. — bedingt ist. Ebenfalls recht häufig ist hochgradige Neurasthenie, oft mit starken Depressionen. Reine Melancholie habe ich noch nicht gesehen, auch manische Zustände kaum, dagegen wiederholt paranoische Wahnideen, sowohl Verfolgungswahn, Beeinträchtigungsideen, auch Größenwahn und Querulantenwahn. Wie mir der Kollege *Bryan*[1]) im Criminal Lunatic Asylum in Broadmoor mitteilte, hat er besonders häufig bei Homosexuellen religiöse Wahnideen wahrgenommen, und auch mir scheint es, daß religiöser Wahnsinn nicht selten bei Homosexuellen auftritt. (Besonders häufig ist es, daß sie zum Katholizismus übertreten. In England traf ich einige übertrieben fromme homosexuelle Konvertiten, so . . . ., der ein ganz bigotter Katholik geworden ist, auch X. . . ., der wohl ursprünglich jüdisch ist, ist streng katholisch und intim mit Jesuitenpatern befreundet.) Nicht selten finden sich auch bei Homosexuellen Alkoholiker und sonstige Narkotiker, was wohl auch auf ihre soziale Lage zurückzuführen ist. Infolgedessen finden sich auch natürlich durch Alkoholismus usw. hervorgerufene Geisteskrankheiten bei Homosexuellen. Dies scheint mir übrigens ganz besonders auch für homosexuelle Frauen zu

[1]) *Bryans* Ansicht ist mir weniger wertvoll als die *Hirschfelds*, da er kaum richtigere Ansichten über die Inversion haben wird, als die meisten seiner Landsleute. Seine sog. Homos. werden wohl nur Pseudo-Homos. gewesen sein! *Näcke.*



gelten; eine, die sehr stark trank, wurde erst neuerdings wieder in Berlin in einem schweren Tobsuchtanfall in eine Anstalt befördert. Sehr selten scheint mir Paralyse bei Homosexuellen zu sein, doch habe ich sie auch wiederholt gesehen. So starb Y. an progr. Par. Allerdings hatte er früher Lues acquiriert, die übrigens bei Homosexuellen keineswegs ausgeschlossen ist [1]). Dementia praecox und Imbezillität sah ich nur in 2—3 Fällen, Epilepsie ebenfalls nur selten; hier in Paris kenne ich einen homosexuellen Epileptiker, einen Russen. Alles in allem wohl ziemlich dasselbe Bild wie unter den Normalen . . . .“

In einem weiteren Briefe von Berlin, 4. April 1910, verweist *Hirschfeld* übrigens auch auf seine diesbezügl. Bemerkungen in seiner Abhandlung: „Ursachen und Wesen des Uranismus im Jahrbuch f. sexuelle Zwischenstufen V, 1, S. 144 ff. Man sieht, auch *Hirschfeld* kann uns über die Häufigkeit zwar keine konkreten Zahlen angeben, doch erhalten wir immerhin durch seine Ausführungen ein richtigeres Bild als früher und auf keinen Fall den Eindruck, daß bei Homosexuellen Psychosen häufiger sind, als bei den Heterosexuellen.[2]) Und dabei muß man gerechterweise noch eine gewisse Zahl abziehen, die unter normalen Verhältnissen bei gleicher Disposition wahrscheinlich nicht erkrankt wären. Tut man dies nicht, so könnte die Menge der Erkrankten vielleicht größer erscheinen als sie in Wirklichkeit ist. Wer die schweren seelischen Kämpfe ermißt, die der Urning schon sehr früh durchzumachen hat, um zunächst nur seine Anomalie als solche zu erkennen und nicht als Sünde oder Laster, sie weiter vor anderen sorgsamst zu verbergen, wie er jeden Augenblick in Gefahr gerät sich zu vergessen oder in Erpresserhände zu fallen und so bei dem

---

[1]) Sie ist aber sicher bei ihnen viel seltener, als bei den Heterosexuellen, weil sie 1. wenig oder gar nicht mit Frauen verkehren, 2. unter den Homosex. oder den männlichen Prostituierten Syphilis sicher viel seltener auftritt. Übrigens spricht auch die Seltenheit d. Par. bei ihnen dafür, daß die von mir in den meisten Fällen angenommene spezifische Gehirnveranlagung dazu seltener ist, als bei den Heteros.; sonst würden sie wohl, da sie viel mehr psychische, langandauernde Affekte durchzumachen haben, eher erkranken müssen, weil auch solche, selbst wenn Syphilis fehlt, meiner Ansicht nach Paralyse bei spezifischer Hirnanlage erzeugen kann. *Näcke.*

[2]) Auch der große Kenner der Homos. Numa Praetorius, allerdings ein Nicht-Mediziner — hat denselben Eindruck gewonnen. (S. Vierteljahrsberichte des wissenschaftl. humanitären Komitees, Jahrg. II, S. 205).



jetzigen Verhalten der Gesellschaft der Homosexualität gegenüber seine ganze Existenz in Frage zu stellen und Schande über seine Familie zu bringen, der kann sich nur wundern, daß nicht noch mehr Selbstmorde unter den Gleichgeschlechtlichen sich ereignen und nicht mehr Geisteskrankheiten ausbrechen. Diese Momente haben *Hirschfeld*, *v. Krafft-Ebing* und viele andere Autoren mit Recht hervorgehoben.

Gerade die wahrscheinlich nicht große Erkrankungfähigkeit der Urninge an Psychosen ist schon ein wichtiger Hinweis darauf, daß die hereditäre Belastung und die angebliche psychische Minderwertigkeit und Entartung bei ihnen nicht so allgemein und so hochgradig sein kann, als die meisten es annehmen, selbst wie wir oben sahen, sogar ein *v. Krafft-Ebing*, von den dii minores und den Ignoranten nicht zu reden. *Hirschfeld* [1]), dem gegenüber jede andere Erfahrung einfach bescheiden zu schweigen hat, fand 75% der Uranier von gesunden Eltern abstammend und also nur bei 20 bis 25% erbliche Belastung. Bei 200 Individuen konnte er mit *Burkhardt* nur bei etwa 16% ausgesprochene Stigmata erkennen. Bei 8% fand er familiäre Vererbung, selten aber eine direkte. *Von Römer* [2]), mit *Aletrino* der beste Kenner der Inversion in Holland, fand gleichfalls die erbliche Belastung der Invertierten nicht größer als sonst, die direkte Vererbung in 2%, die familiäre in 35%, was bei uns, wie *Hirschfeld* zeigte, jedenfalls nicht gilt. Ich habe sogar die familiäre Vererbung abnorm selten gefunden und bei den Hunderten von Urningen, die ich sah, schien mir die Zahl der Entartungzeichen, bei allerdings nur oberflächlicher Betrachtung, nicht größer zu sein als sonst. Die wirklichen Kenner der Homosexualität stimmen also fast ausnahmlos darin überein, daß die Urninge kaum entarteter und erblich belasteter sind als die Normalen. Auch *H. Ellis* [3]) bezweifelt die Entartung. Was soll man dann dazu sagen, wenn ein

[1]) *Hirschfeld*, Ursachen u. Wesen des Uranismus. Jahrbuch für sex. Zwischenstufen, V, 1903, I, S. 140.

[2]) *v. Römer*, Die erbliche Belastung des Zentralnervensystems bei Uraniern. Jahrbuch für sex. Zwischenstufen, VIII, 1. Bd. 1905.

[3]) *H. Ellis*, Das konträre Geschlechtsgefühl. Übersetzt. Leipzig 1896, S. 243.



ılgelesener Autor, der offenbar die Urninge gar nicht kennt, thetisch ausruft: „Es kann nicht dem geringsten Zweifel unter- gen, daß die konträre Sexualempfindung auf dem Boden einer ·ankhaft entarteten Persönlichkeit erwächst."? hätte sich, wenn nicht bescheidener, so doch vorsichtiger aus- icken müssen! Wir werden vielmehr die Homo- xualität weder als Krankheit noch als Ent- tung ansehen, sondern höchstens als eine ıomalie. Darin stimmen gleichfalls die meisten Kenner überein l die Ansichten all der übrigen ist und bleibt unbeachtlich, weil fehlender oder unzureichender Erfahrung fußend. Und wie sonst h, muß man sich hier durch Namen nicht beirren lassen, sondern ıer nur den Kennern folgen, die allein über die nötige Erfahrung ügen.

Über den zweiten Punkt: die homosexuellen Handlungen in Irrenanstalten betreffend, fließen die Quellen ziemlich reichlich, ich mehr oder minder getrübt, da die meisten Berichterstatter ıe Handlungen einfach als Ausfluß von Uranismus auffassen, was l verfehlt ist. Es handelt sich bei homosexuellen ndlungen in der Irrenanstalt vielmehr meist um Pseudohomosexuelle. Ich kenne bisher ıen einzigen Fall, der wirklich echte Homosexuali- bekundete, vielleicht mit Ausnahme einiger, später zu er- ıenden Fälle. Wo ja einmal echte Homos. vorliegt, vird sie auch nicht im Verlaufe der Psychose standen sein, sondern bereits schon vorher tanden haben[1]). Das allein schon würde für keine enge

[1]) So habe ich nur einen einzigen Kranken kennen gelernt, erst nach der Entlassung mir mitteilte, daß er homosexuell nd welcher vorher und auch später wegen Verfehlung gegen den in Untersuchung kam, in der Anstalt aber sich nicht verging. laube, er hat mir die Wahrheit gesagt. Es mögen freilich auch den Geisteskranken einige Urninge sein, aber sie geben ıicht zu erkennen und vergehen sich auch nicht homosexuell · Anstalt, wenigstens habe ich keine Beweise dafür, trotzdem man annehmen müßte, daß die Hemmungen durch die Psychose mehr veniger beseitigt würden, wie wir das bei der Libido und bei sexu- ²erversitäten sehen. Gerade das scheint mir dafür zu sprechen, daß in ınstalten nur abnorm wenige Urninge sind, weiterhin aber



Verwandtschaft zwischen Homos. und Irrsinn sprechen, eher schon, daß die Inversion zu Psychosen nicht mehr zu neigen scheint, als die Heterosexualität. Geradezu albern aber war es von *Lombroso*, von einer Verwandtschaft zwischen ihr und dem Verbrechen zu reden, die ich denn auch seinerzeit sehr energisch zurückwies [1]).

Lassen wir nun einige Autoren sprechen. *Morselli* [2]) fand die Päderastie und Tribadie in den Anstalten weit verbreitet, hauptsächlich weil Personen gleichen Geschlechts eingesperrt sind. Übrigens hat *M.* ganz gesunde Ansichten, indem er alle diese homosexuellen Handlungen hier nur für Pseudo-Homos. hält und die e c h t e Homos. für n u r angeboren. Darin ist er den meisten anderen Italienern sehr über, die zum Teil total verkehrte Ansichten entwickeln. *Féré* [3]) sah sie bei Psychosen „qui déterminent un besoin immédiat et exclusif de tout discernement", wie bei Epileptikern, Dementen, Paralytikern, Wahnsinnigen. Nach *H. Ellis* [4]) ist der homos. Verkehr in Irren- und Strafanstalten bei beiden Geschlechtern gleich groß, vielleicht neigen die Weiber sogar noch mehr dazu. Letzteres habe ich bei uns nicht finden können. *Schüle* [5]) sah sie erworben bei konstitutiver Psychopathie (Hysterie, originäre Verwirrtheit, epileptisches Irresein). Auch er hat leider ganz unhaltbare Ansichten! *Mendel* [6]) sah die Homos. im Beginne von Psychosen, so besonders bei Paralyse, auch beim Alkoholismus. Mit Recht macht er die feine Bemerkung, daß in einzelnen Fällen der passive Päderast sich an der Sinnlichkeit des anderen ergötzen will. Es liegt also dann nur Pseudohomos. vor. Nach *Cramer* [7]) sieht man homos. Verkehr besonders bei Schwachsinn, Verblödung, Paranoia, Paralyse, Alkoholismus, Epilepsie mit schwerer psychischer Entartung. Daß *Ingegnieros* ihn bei verschiedenen Geisteskranken beschrieb, ward bereits früher mitgeteilt. *Schaefer* [8]) desgl., der freilich kuriose Ideen über Homos. hat und sehr auch dafür, daß unter den niederen Schichten, die ja ganz vorwiegend unsere Irrenanstalten bevölkern, die Inversion s e h r s e l t e n sein muß, viel seltener, als in den oberen Schichten, was mit meinen anderweiten Erfahrungen übereinzustimmen scheint.

[1]) *Näcke*, Vergleich von Verbrechen und Homosexualität. Monatsschr. f. Kriminalpsychol. usw., 1906.

[2]) *Morselli*, Manuale di Semejotica delle malattie mentali. Milano 1894, Bd. II, p. 68.

[3]) *Féré*, L'instinct sexuel etc. Paris 1899, p. 155.

[4]) *H. Ellis*, Das Geschlechtsgefühl usw. Übersetzt. Würzburg, 1909, S. 366.

[5]) *Schüle*, Klinische Psychiatrie. Leipzig 1886, S. 449.

[6]) *Mendel*, Leitfaden der Psychiatrie. Stuttgart 1902, S. 40.

[7]) *Cramer*, Gerichtl. Psychiatrie. 3. Aufl., Jena 1903, S. 373.

[8]) *Schäfer*, Allgem. gerichtl. Psychiatrie usw. Berlin 1910.



selbstbewußt auftritt. *Spasoff*[1]) hat in einer Irrenanstalt an 195 M. und W. genaue Untersuchungen über die Vita sexualis und ihre Abweichungen angestellt. Er betont zunächst mit Recht, wie schwer es besonders hier ist, hinter die Vita sex. zu kommen. Besonders wichtig sei, die der in Freiheit lebenden Irren zu kennen, und das ist gleichfalls wahr, da in der Anstalt eben viel auf Kosten der Umgebung, der Suggestion, Verführung, der Langeweile, des Fehlens vom andern Geschlecht usw. zu setzen ist. Doch ist bisher gerade diese wichtige Untersuchung der außerhalb Lebenden so gut wie unmöglich. *Spasoff* fand in der Irrenanstalt die libido sexualis nur in etwa 10% normal, sonst mehr Hyperästhesie, noch mehr aber Anästhesie, am meisten Parästhesie. Meine Zahlen (siehe unten) an einem viel größeren Materiale weisen eine größere Menge normaler Verhältnisse auf. Mag auch von Anstalt zu Anstalt das Material wechseln und damit die Zahl der Abweichungen, so ist doch besonders dem subjektiven Ermessen ein breiter Raum gegeben. Von der Vita sexualis schon der Geistesgesunden erfahren wir selten Genaueres, außer wo grobe Abweichungen vorliegen, und bei den Irren müßte man doch vor allem wissen, w i e ihre Vita sex. in den Tagen v o r der Geisteskrankheit war. Einfache Leute würden selbst dann meist keine richtige Antwort geben können. Auf alle Fälle ist es aber falsch, wenn *Spasoff* behauptet: „tous les déments qui sans exception se masturbent dans les asiles d'aliénés ou bien se livrent à la pédérastie . . .“ Ich konnte bei meinem großen Materiale mit Sicherheit nur bei 12% M. und 6,6% W. unter den Idioten und bei 20% M. und 8,8% W. unter den Imbezillen die Onanie feststellen.

Ich komme jetzt auf meine eigenen Erfahrungen zurück, mit denen ich wahrscheinlich die bis jetzt größte bestehende Statistik hierüber lieferte[2]). Ich untersuchte im Jahre 1898: 1531 Kranke, darunter 972 Frauen. A k t i v e P ä d e r a s t i e fand ich hierbei überhaupt bei 1% M. und 0,2% W; davon bei Imbezillen und Idioten 2,2% und 0,4%, bei e. S. 0,4% und 0,2%, nicht aber bei Par. Während fünf aktive Päderasten bei den M. vorkamen (1%), fanden sich noch zwei andere (Idioten) die nur p a s s i v sich dabei verhielten, und endlich zwei weitere, die aktiv und passiv zugleich handelten, welch letztere daher mit in die Zahl 5

[1]) *Spasoff*, Contribution à l'étude de l'instinct sexuel et ses transformations dans les maladies mentales. Thèse. Toulouse 1901.

[2]) *Näcke*, Die sexuellen Perversitäten in der Irrenanstalt. Psychiatrische en Neurologische Bladen 1899, Nr. 2 und „Wiener klin. Rundschau“ 1899, Nr. 27/30. Ferner noch: Einige psychologisch dunkle Fälle von geschlechtlichen Verirrungen in der Irrenanstalt. Jahrbuch für sexuelle Zwischenstufen, V (1903), Bd. 1. Auch: Der Kuß bei Geisteskranken. Allgem. Zeitschr. für Psych. usw. Bd. 63 (1906).



eingerechnet wurden. Alle diese Päderasten waren auch zugleich Onanisten, zum Teil sogar mutuelle; der eine, ein älterer Idiot, auch Fellator. Alle Aktiven waren, bis auf einen Verrückten, mobilere und ältere Idioten, die jüngere, apathische Kranke als Passive benutzten. Der Pädieation verdächtig war endlich ein Paranoiker, der, wenn erregt, in das Bett anderer kroch. Fellatores fanden sich überhaupt nur bei 0,4% M., nicht bei W., darunter bei Imbezillen und Idioten 0,5%, bei e. S. 0,4%, nicht bei Par. Die mutuelle Onanie endlich (sicher oder wahrscheinlich) bei 2,8% der M. und 0,4% der W. überhaupt, darunter bei Imbezillen und Idioten 5,4% und 0,9%, bei e. S. 1,4% und 0,3%; nicht bei Par. Cunnilingus fehlte ganz. *Meilhon* (ibidem) fand in der Irrenanstalt zu Aix unter 83 M. 18 „Sodomiten", was nicht verwunderlich ist, da gerade dort viele Fremdenlegionäre sind, die bekanntlich sehr gern sich diesem Laster (d. h. nur der Pseudo-, nicht der echten Homos.) ergeben. In meiner Arbeit finden sich dann noch weitere literarische Nachweise über das Vorkommen von sexuellen Abweichungen im Irrenhause, speziell bez, der Päderastie. Damals hatte ich über Päderastie noch falsche Vorstellungen und hielt die gefundenen Fälle von homosexuellen Handlungen für echte Inversion, die ich aber jetzt, wie früher schon gesagt, nur für Pseudohomosexualität ansehe, da es sich hier überall wohl nur um gemeine Befriedigung des Detumeszenztriebs handelte und die geringen Anzeichen von Kontrektationstrieb namentlich bei den Idioten durchaus nicht eindeutig waren. Entscheidend für die Diagnose wäre allerdings erst die Untersuchung von Serienträumen gewesen, wie ich das andernorts des näheren ausführte, doch sind diese gerade bei Geisteskranken kaum zu erhalten, am allerwenigsten bei Idioten und Imbezillen. Es spricht also wenigstens alle Wahrscheinlichkeit gegen das Bestehen echter Homos. in obigen Fällen. Erwähnen will ich endlich, daß in Anstaltberichten öfter Fälle von gleichgeschlechtlicher Liebe vorkommen, die aber gewiß alle in die obige Kategorie gehören.

Wir sehen also schon nach dieser kleinen Auslese, daß **bei jeder Form von Psychose, besonders aber bei angeboren und sekundär Dementen und wiederum namentlich zu Zeiten der Erregung, homosexuelle Handlungen vorkommen, die aber so gut wie ausschließlich der Pseudohomosexualität zuzurechnen sind.** Nur meine Arbeit unterrichtet einigermaßen über den Prozentsatz der Häufigkeit bei den einzelnen Formen. Wir haben also so **gut wie überall heterosexuell Fühlende vor uns**, auch bei etwa verdächtigen Freundschaften zwischen Geisteskranken, insbesondere Idioten. Dagegen habe ich



in den letzten Jahren einige Fälle beobachtet, die mehr für echte Homos. sprechen dürften [1]).

Es waren das 10 Fälle verschiedener chron. Psychosen, besonders der Dem. praecox-Gruppe angehörig, und 1 der Idiotie. Die Kranken waren meist erblich belastet und fast alle onanierten. Hier traten nun episodisch homos. Handlungen auf, aber nur zu Zeiten der Erregung. In sieben Fällen bestand daneben deutliche heterosexuelle Neigung. Es war nicht bekannt, daß sie vorher homosexuell gewesen waren, und nichts wies in ruhigen Zeiten darauf hin. Waren sie aber erregt, so trat nicht nur deutlicher Detumeszenztrieb auf, sondern auch beinahe eindeutiger homosexueller Kontrektationstrieb, also offenbar Zuneigung mit allen Zeichen der Liebe, Eifersucht usw. Leider fehlten uns zur völligen Sicherung der Diagnose auch hier die homosexuellen Serienträume. die gefordert werden müssen, wenn homosexuelle Handlungen echtem Uranismus entsprungen sein sollen. Gerade diese seltenen Fälle scheinen mir eine wertvolle Stütze für die doppelte embryonale Anlage auch der libido zu sein. Obige Fälle würden sich dann so erklären lassen, daß durch die Erregung die heterosexuelle Komponente einfach temporär unterdrückt oder die homosexuelle stark gereizt wird und dadurch in den Vordergrund tritt oder endlich beides zugleich eintritt. [2])

Umgekehrt soll es aber auch Fälle von echter Inversion geben, wo durch eine Geisteskrankheit die homos. Neigung verschwindet. Ich selbst habe nie etwas derartiges erlebt, noch auch in der Literatur verzeichnet gefunden, bis kürzlich *Boas* [3]) einen an Dem. praec. leidenden Patienten *Ziehens* erwähnt, bei dem die gleichgeschlechtliche Liebe (in Form des bisexuellen Triebes) allmählich verkümmerte; *Ziehen* hat nach ihm noch später einen ähnlichen Fall veröffentlicht. Diese beiden Fälle sind aber (wie ein dritter, von *Ziehen* angeführter) sicher nur pseudohomosexuelle, im Verlaufe der Psychose erst entstandene. Immerhin wäre es denkbar, daß durch eine Psychose bei einem echten Urning die Libido sich abstumpft, die gleichgeschlechtliche Neigung abnimmt und bei Bisexualität die homos. Komponente sogar zugunsten der heterosex. unterdrückt wird. Doch fehlen hierzu eben noch die Beweise!

[1]) *Näcke*, Einige psychiatrische Erfahrungen als Stütze für die Lehre von der bisexuellen Anlage des Menschen. Jahrb. für sexuelle Zwischenstufen, VIII, S. 585 ff. (1906).

[2]) Ähnlich erklären *v. Kraft-Ebing* u. *Féré* die Sache.

[3]) *Boas*, Forensisch-psychiatrische Kasuistik II, Archiv für Kriminalanthrop. usw. Bd. 37 (1910) S. 85.



Boas hat übrigens auch wunderliche Ideen über Homos. So schreibt er nach Anführung der zwei obigen *Ziehen*schen Fälle [1]): „Diese beiden Beispiele zeigen aufs trefflichste die engen Beziehungen zwischen Homosexualität und Psychose.“ Wir sahen schon, daß diese Beziehungen gar nicht so enge sind und es sich speziell in den Fällen, die er im Auge hat, so gut wie immer nur um Pseudohomosexualität handelt. Er fährt weiter fort: „Man sollte daher insbesondere bei jugendlichen Homosexuellen stets daran denken, ob nicht Dementia praecox die Ursache ihrer anormalen Geschlechtsbetätigung sein könnte.“ Nein, das ist bis jetzt nicht erwiesen! Endlich schreibt er (a. a. O. S. 213): „(daß) Homosexualität sehr wohl durch Psychosen bedingt sein könne, ein Grund mehr, um an der inmmer noch von manchen festgehaltenen Theorie von der angeborenen Homosexualität berechtigte Zweifel zu hegen“. Da der Vordersatz falsch ist, fällt auch der Schluß weg, zumal die Theorie der bisexuellen Anlage noch am besten fundiert ist und die meisten Fälle gut erklärt, eine Theorie, der übrigens die Kenner des Urningtums wohl fast alle mehr oder minder anhangen.

Diese Theorie der „angeborenen“ Veranlagung wird neuerdings auch durch die Psychoanalyse der *Freud*schen Schule unterstützt, die bei jedem neben der hetero- eine homosexuelle Komponente nachweisen will, wie bei den echten Homos. noch die heterosexuelle. Die Traumpsychologie beweist es ferner und zwar das Bestehen von sexuellen Kontrastträumen d. h. also, wenn bisweilen Heterosexuelle homosexuell träumen und mit voller Befriedigung so agieren oder aber umgekehrt die Homosexuellen einmal heterosexuell [2]). Weiter das Bestehen beider in ungefähr gleicher Stärke bei der Bisexualität, obgleich die homosexuelle meist überwiegt, das Vorkommen scheinbar periodischer Fälle von Homosexualität, die erst spät erscheinende Form als „tardive Form“, endlich die früher erwähnten Fälle von periodisch auftretender bei Psychosen in Erregungzeiten, wenn es wirklich hier sich um echte Inversion handelt. Das kann um so weniger wundernehmen, als ja auch bei jedem die männlichen und weiblichen somatischen und psychischen Eigenschaften vermischt vorkommen und nur das Mischungsverhältnis bei Mann und Weib anders ausfällt und auch bei einem und demselben Geschlechte, so daß es eben unzählige sexuelle Zwischenstufen gibt. Zu den seelischen Eigenschaften gehört aber das spezifische sexuelle Empfinden, und schon a priori müßten wir daher auch hier eine doppelte Veranlagung in sehr verschiedener Mischung annehmen. Warum aber bei dem Normalen gewöhnlich bloß die heterosexuelle Komponente besteht oder wenigstens allein vortritt und das Umgekehrte bei

---

[1]) *Boas*, Forensisch-psychiatrische Kasuistik I. Ibidem, Bd. 35 (1909) S. 212.

[2]) Siehe *Näcke*, Über Kontrastträume und speziell über sexuelle Kontrastträume. Archiv für Kriminalanthrop. usw. Bd. 28 (1907). — Ferner: Beiträge zu den sexuellen Träumen. Ibidem, Bd. 29 (1908).



den Urningen, das wissen wir eben nicht. Die Unterdrückung, Atrophie der andern Komponente ist aber doch wohl nur organisch bedingt und müßte sich später vielleicht einmal anatomisch in der oder den zentralen Genitalpartien nachweisen lassen [1]).

Mit der noch von vielen verteidigten „psychologischen Theorie" des Uranismus kommen wir lange nicht so weit, wie mit jener andern. Sie läßt die meisten Fälle unerklärt und fordert weiter — das ist sehr wichtig! — wieder eine besondere angeborene Disposition, sonst würde auch beim Zusammentreffen von einer Erregungswelle des Geschlechtsinns mit irgend einem zufälligen Ereignisse nie Uranismus entstehen können, zumal die meisten sog. sexuellen Ereignisse höchst banale, fast ubiquitäre, sind und doch geschieht dies nur selten. *Moll* [2]) sagt daher sehr richtig: „Er wird nicht homosexuell, weil er sexuell erregt ist und er nun gerade eine männliche Person sieht, sondern er ist sexuell erregt, weil er letztere sieht." Sexuell erregt kann aber hier nur werden, wer dazu eine angeborene Disposition besitzt. Damit ist der rein psychologischen Theorie, meine ich, der Boden entzogen, und das Primäre ist und bleibt die angeborene Disposition. Dabei mögen meinetwegen psychologische Momente mitwirken, vielleicht sogar einmal die Entscheidung gegeben haben. Der mit einer solchen Disposition Behaftete würde aber sehr wahrscheinlich auch ohne solche psychologische Momente, wenn vielleicht auch später, doch homosexuell geworden sein. Selbst im „Indifferenzstadium" des Geschlechtstriebes wird dies zu gelten haben. Sollte hier ja einmal psychologisch eine urnische Neigung entstehen, so ist sie nur flüchtig und vergeht. Bestehen kann sie nur, wo eine nötige und starke Anlage dazu vorhanden ist, doch zeigt schon der frühere Fall, daß auch hier eine geringe homos. Anlage da war, da sonst selbst eine vorübergehende

---

[1]) Es ist daher gar nicht so übel, wenn ein tiefblickender Jurist, der berühmte Kriminalist *Hans Gross* in den „Vierteljahrsberichten des wissenschaftl.-humanitären Komitees" 1910, S. 428, allen Ernstes vorschlägt, die Homosexuellen möchten doch ihr Gehirn zur späteren anatomischen Untersuchung vermachen; so sehr ist er von der organischen Begründung hiervon überzeugt. Das Gleiche schlug ich schon früher vor.

[2]) *Moll*, Untersuchungen über die Libido sexualis, Bd. I, S. 468. Wenn einige gegen das Angeborensein des homos. Fühlens die Tatsache einwenden wollen, daß es meist erst zur Zeit der Pubertät auftritt, selten früher, so gilt dasselbe ja auch vom Heterosexuellen. Und angeboren ist natürlich nicht der Inhalt des Fühlens, sondern nur die besondere Reaktionsfähigkeit auf äußere Reize. Es gibt auch Instinkte, die erst spät in Erscheinung treten, und doch hält man sie mit Recht für angeboren; auch hier wird nicht der Inhalt als solcher vererbt, sondern nur die besondere Reaktionsweise. *Näcke.*

Neigung sicher nicht entstanden wäre [1]). Also auch solche Fälle bekräftigen nur die Theorie des Angeborenseins der gleichgeschlechtlichen Liebe. Man wird daher die rein psychologische Theorie zugunsten der des Angeborenseins aufgeben müssen, mögen z. Z. auch noch so viele Autoren ihr anhängen.

Ist die Disposition aber organisch begründet, dann kann es keine Heilung geben, höchstens nur in den Fällen, wo die homos. Komponente sehr schwach ist und die heterosexuelle durch Psychotherapie usw. gestärkt oder jene wenigstens überdeckt werden könnte, was immerhin schon ein Vorteil ist [2]). Auch die Stärke der Libido ließe sich wohl herabsetzen. Auf alle Fälle sieht man aber, wie skeptisch man allen sog. Heilungen gegenüber sein sollte. Entweder waren es hier Fälle von Pseudo-Inversion oder nur sehr schwacher echter Homosexualität. Ganz dasselbe bezieht sich aber auch auf die durch Verführung, Onanie usw. erworbenen Fälle von gleichgeschlechtlicher Liebe. Hier feiert das post hoc ergo propter hoc wahre Triumphe! Verführung allein kann nie einen normal sexuell Fühlenden in einen Homosexuellen umwandeln, ebensowenig wie die Hypnose, Suggestion es vermag oder diese einen Heterosexuellen in einen Homosexuellen verkehren. Nur im „Indifferenzstadium“ wäre bei gegebener Prädisposition eher eine Gefahr dafür gegeben, doch ist diese abnorm gering, da die Homos. bei schwacher Anlage bald verschwinden würde, bei starker sicher auch ohne sog. Verführung eingetreten wäre [3]). Andere Fälle sind undenkbar, und ich kenne mit *Hirschfeld* und anderen keine sicher konstatierten Fälle von Inversion durch Verführung. Ganz dasselbe gilt von der Onanie. Hier sehe ich selbst im Alter des unbestimmten sexuellen Empfindens nicht ein, wie dadurch ein homosex. Fühlen entstehen soll. Die gewöhnliche Onanie vergeht ja bald. Wo sie weiter fortbesteht und stark betrieben wird, geschieht es auf Grund von Entartung. Bei solitärer Onanie handelt es sich zunächst um reinen Detumeszenztrieb, dem weiter die Phantasie aufhelfen muß. Später begnügt sich der Onanist mit seinem Laster, weil er dem Weibe

[1]) Auch bei solchen passageren Vorgängen müßte immer noch erst nachgewiesen werden, daß sie eine echte urnische war, was bisher, soweit ich sehe, nicht geschehen ist. Es sind das gewiß meist nur Fälle von Pseudohomos. Eine gleiche angeborene Disposition muß man aber auch dort annehmen, wo durch Prügeln Sadismus usw. entsteht. Siehe *Näcke*, Die Prügelstrafe, besonders in sexueler Beziehung. Archiv f. Kriminalanthropol. Bd. 35 (1909).

[2]) Siehe *Näcke*, Die Behandlung der Homosexualität. Sexual-Probleme 1910. Allen Heilungen (*Moll*, *Fuchs* etc.) stehe ich daher sehr skeptisch gegenüber.

[3]) Siehe *Näcke*, Die Homosexualität in dem deutschen Strafrechtsentwurf. Die „Zukunft“ 1910.



gegenüber impotent wird und sich an das Laster gewöhnt hat. Damit empfindet er aber noch lange nicht homosexuell, wenn auch „auterotisch". (*H. Ellis*). Ja, die meisten haben dabei heterosexuelle Phantasien, nur wenige homosex., und das sind dann die echten Homos., die nicht homosex. wurden, weil sie onanierten, sondern onanierten, weil sie Urninge waren. Bei mutueller Onanie hinwiederum geschieht es zur Erhöhung der Lust, ohne daß dabei homosex. Fühlen bei einem Partner oder beiden vorhanden zu sein braucht. Wo es da ist, da war es ursprünglich vorhanden und nicht erst durch diese Art des Onanierens erzeugt.

Die organische Begründung des Uranismus läßt es auch erklären, warum er in Psychosen so gut wie nie entstehen kann, weil eben die homosex. Komponente ganz minimal beim Normalen ausgebildet ist, diese nur gewiß selten gereizt in den Vordergrund treten, nie aber neu geschaffen oder die heterosexuelle verkehrt werden könnte [1]). Dem entsprechen ja auch die seltenen sexuellen Kontrastträume [2]).

Die Motivierung der homosexuellen Handlungen im Verlaufe der Psychosen ist eine sehr verschiedene, wie schon *Cramer* (a. a. O.) und andere andeuten. In den meisten Fällen dürfte es sich um bloßen

---

[1]) Ganz dasselbe bezieht sich auf den Sadismus, Masochismus, Fetischismus, die, so viel ich weiß, — ich kenne selbst keinen solchen Fall, auch nicht aus der Literatur — nie im Verlaufe der Psychose entstehen. Wo sie zu sehen sind, bestanden sie sicher schon vorher. Das spricht aber sehr dafür, daß auch hier meist eine besondere organische Anlage bestehen muß, die durch die Psychose nicht geschaffen werden kann. Was durch das Irresein allein entsteht, ist Onanie, Exhibition und Pseudohomosexualität.

[2]) Der bloßen Kuriosität halber erwähne ich die Phantasien *Stekels* (Beiträge zur Traumdeutung. Jahrb. f. psychoanalyt. usw. Forschung, Bd. 1, 1909), wonach in den Träumen links: Verbrechen, Inzest, Homosexualität bedeuten soll! Ebenso sollen Homos. träumen, daß sie auf einen Mann stürzen und ihn mit einem Stock niederschlagen. Die Homos. träumen kaum anders als die Heteros. m. m. Von Linksträumern bezweifle ich sehr, ob unter ihnen mehr Linkshänder sind, als sonst. Liegt schon das Studium die Bedeutung der sexuellen Träume überhaupt noch sehr im Argen (siehe *Näcke*, Weiteres über Pollutionen usw. Neurol. Zentralbl. 1910, Nr. 22), so wissen wir z. Z. über das der Homosex. noch viel weniger, und hier weiß *Stekel* wahrscheinlich kaum mehr als die andern. Ebensowenig Sicheres wissen wir über die Stärke und Dauer der Libido bei Urningen. Während der vielerfahrene *Numa Praetorius* ausdrücklich sagt, die Libido sei hier meist stark und praecox, leugnet *Hirschfeld* (Kritik des § 250 usw. im Vorentwurf zu einem deutschen Strafgesetzbuch. Archiv für Kriminalanthrop. usw., Bd. 38 (1910). Ersteres strikte.



Detumeszenztrieb handeln, um reine Entladung des Samens durch gesteigerte Libido, wie sie ja nicht selten am Anfange und im Verlauf der Psychosen, temporär oder mehr dauernd, zu beobachten ist. Dann ist es dem Pat. völlig gleich, w i e er sie befriedigt, sogar bisweilen geschieht dies bei Normalen. So beschreibt z. B. *C. Sury*[2]) einen nach genauester psychiatrischer Untersuchung angeblich geistesgesunden 47jährigen Mann, der verheiratet, unersättlich im Koitus war, auch mit Männern und Tieren unterschiedlos geschlechtlich verkehrte. Kürzlich lief einer unserer Kranken (Epileptiker) in höchster geschlechtlicher Erregung mit entblößtem und erigiertem Gliede umher auf andere Patienten los und drückte sie mit Gewalt an sich. Wiederholt gab er sich homosex. Handlungen hin, dabei war er aber auch bei Frauenbesuch sehr erregt. Die gesteigerte Libido erklärt *Spasoff* (a. a. O.) so, daß n e b e n dem supponierten centre sexuel eine Reizung entsteht, die jenes in Mitleidenschaft zieht. So bei Paralyse durch Rindensklerose infolge gewucherter Glia. Ähnlich bei Dem. senilis und anderen Verblödungzuständen. Das sind natürlich nur Hypothesen, die immerhin denkbar wären, soweit dauernde Steigerung der Libido in Frage kommt; bei mehr temporärer könnte man wohl an bloß funktionelle Reizung denken. Bei Idiotie besteht nach *Spasoff* eine Zerebralsklerose und dadurch Reizung des Zentrums, was hier aber sicher nicht immer zutrifft, da sehr viele Idioten asexuell sind. Man muß dann hier vielmehr annehmen, daß das Zentrum nicht ausgebildet war oder sehr bald durch Sklerose zugrunde ging. Dann macht *Spasoff* noch auf eine weitere Möglichkeit aufmerksam, daß nämlich, wo in der Psychose die psychischen Hemmungen wegfallen: „le centre lombaire agissant automatiquement, exagérera la fonction normale“, und so würde die libido sich noch steigern lassen. Werden durch eine oder mehrere Wahnideen die Hemmungen ganz aufgehoben, so werden gewisse Zentren suspendiert und damit auch das centre sexuel, und es tritt „anésthésie“ ein. So bei Melancholie, Manie, Paranoia, wenn Wahnideen vorherrschen. Wo dadurch aber umgekehrt eine Reizung gesetzt wird, dort muß, bemerke ich, Hyperästhesie eintreten, und das sieht man ja bisweilen. Bez. der Homosexualität sagt endlich noch *Spasoff*: „Dans l'inversion sexuelle

[3]) *Sury*, die Unzucht mit Tieren. Arch. f. Kriminalanthrop. Bd. 35, S. 314.

(cas des masturbateurs) la fonction sexuelle est en activité, mais le centre sexuel ne s'est pas formé, par suite d'une masturbation précoce, ou par suite d'une faiblesse congénitale du cerveau...." Wir sahen aber schon früher, daß Onanie nie Uranismus erzeugen kann.

Und so kommen wir jetzt auf weitere Gründe für homosexuelle Handlungen der Irren. Abgesehen von Langeweile, Verführung, Nachahmung, Spielerei etc. sind es besonders Wahnideen und Zwangsvorstellungen, die hier in Frage kommen. Bez. der Wahnideen könnte es vor allem die Verwandlung des Geschlechts sein, wie *Féré* (a. a. O.) angibt. Ich selbst kenne keinen solchen Fall. *Morselli* (a. a. O.) sagt aber ausdrücklich, daß solche Personenveränderungen durchaus nicht mit Homos. identisch zu sein brauchen. Ja *Hirschfeld* [1]) hat gezeigt, daß es sich, namentlich oft bei Normalen, um reine Verkleidungsucht handeln kann, ohne jegliches homosexuelle Empfinden. Sicher können aber noch andere Wahnideen zu urnischen Handlungen führen. Auch bez. der Zwangsvorstellungen sei man vorsichtig, die noch viel seltener zum homos. Handeln führen als bloße Wahnideen. *Moll* (a. a. O.) rät speziell zur Vorsicht. Nach *Tarnowsky* (siehe bei *Moll*), *Morselli* (a. a. O.), *Féré* (a. a. O.), *Schüle* (a. a. O.), *Bianchi* [2]), *Wulffen* [3]), u. a. geschieht es mehr oder weniger häufig. Nach *Kiernan* [4]) sind es gerade solche Fälle, die durch Suggestion heilbar wären, da in der Tat Zwangsvorstellungen ihr zugänglich sind. Ich halte solche Vorstellungen als Grund homos. Betätigung für ganz abnorm selten und kenne persönlich keinen sicher hierher gehörigen Fall.

Die Schlußfolgen unserer Betrachtungen sind also in der Hauptsache 1. daß die Homosexuellen zu Psychosen kaum mehr als die Heterosexuellen zu neigen scheinen, eher sogar weniger, und 2. daß die homosexuellen Handlungen in den Irrenanstalten fast ausnahmlos pseudohomosexuelle sind, daher mit echter Inversion nichts zu tun haben.

[1]) *Hirschfeld*, Die Transvertiten. Berlin 1910.

[2]) *Bianchi*, Trattato di Psychiatria. Napoli 1905, p. 627.

[3]) *Wulffen*, Der Sexual-Verbrecher. 1910.

[4]) *Kiernan*, A medico-legal phase of auto-erotism in women. The Alienist and Neurologist, 1910, p. 333.



Zur Differentialdiagnose zwischen Dementia praecox und Hysterie.

Von

Oberarzt Dr. Lückerath-Bonn[1]).

Die Differentialdiagnose zwischen Hysterie und Dementia praecox ist oft ungemein schwierig und in vielen Fällen völlig unmöglich. Das ist umso unangenehmer, als die Prognose bei den Erkrankungen eine verschiedene ist. Handelt es sich doch bei einem Teil der hysterischen Prozesse um heilbare Zustände, wogegen wir es bei der Dementia praecox mit einem Verblödungsprozeß zu tun haben. Der Verlauf der einzelnen Fälle von Dementia praecox ist ja wohl ein sehr verschiedener, aber charakteristisch ist doch schließlich der Ausgang in einen mehr weniger hochgradigen Schwachsinn, wenn auch ein kleiner Bruchteil in Heilung auszugehen scheint. Von besonderem Interesse ist die Katatonie, die bekanntlich durch Zustände von Stupor und Erregung, die begleitenden sogenannten katatonischen Motilitätssymptome, Negativismus, Automatie, Stereotypie usw. und den meist ungünstigen Ausgang gekennzeichnet ist. Das eigentliche Wesen der Hysterie ist uns noch unbekannt. Eigen ist ihr infolge der Labilität der Vorstellungen und Suggestibilität die Leichtigkeit, mit der sich psychische Vorgänge in Innervationstörungen umsetzen. Die bei ihr vorkommenden Geistesstörungen sind entweder transitorische Bewußtseinstörungen, Dämmerzustände oder kompliziertere psychische Veränderungen der verschiedensten Art, als deren wichtigstes Moment aber der hysterische Grundcharakter angesehen werden muß.

Die Symptomatologie bei den Erkrankungen ähnelt in vielen Fällen einander sehr; es erhellt daraus, wie schwierig die Diagnose werden kann, wenn hysterische Erscheinungen sich dem Krankheitsbild der Dementia praecox zugesellen oder Symptome der letzteren

[1]) Nach einem Vortrag im psychiatrischen Verein der Rheinprovinz (vgl. S. 270 dieses Bandes.)



wie die katatonen z. B. im Verlauf einer hysterischen Psychose zur Beobachtung kommen.

In den letzten Jahren haben wir in der Bonner Provinzial-Heil- und Pflegeanstalt eine ganze Anzahl solcher Fälle zur Behandlung bekommen; wir sind nicht immer in der Lage gewesen, eine sichere Diagnose zu stellen, zumal manche Fälle aus äußeren Gründen früher zur Entlassung kamen, als uns erwünscht war. Die Psychosen sind zum Teil so interessant, daß ich glaube, Ihre Aufmerksamkeit mit ihrer Schilderung für kurze Zeit in Anspruch nehmen zu dürfen.

Fall 1. F. M., Gastwirt, geboren 1865, stammt aus guter Familie, Vater war Rentner. Über Erblichkeit und Vorleben war nichts zu eruieren. Er ist wegen Gewerbevergehens, Betrugs, Duldung von Glückspiel zweimal mit Haft, zweimal mit Gefängnis von 3—10 Tagen bestraft. Am 26. XI. 1904 wurde er wegen Verleitung zum Meineid zu einer Zuchthausstrafe von 3 Jahren verurteilt. Gleich nach der Verurteilung änderte sich sein Wesen. Er wurde verstimmt, gehemmt, gab auf Fragen keine Antwort, stierte vor sich hin und nahm unregelmäßig Nahrung. Er wurde darauf in einer Irrenabteilung beobachtet, blieb dort elf Monate und wurde als strafvollzugunfähig einer Pflegeanstalt überwiesen. Dort wurde er nach viermonatiger Beobachtung als Simulant angesehen und im Mai 1906 zur weiteren Strafverbüßung in die Strafanstalt zu W. geschickt. Hier stand er wie eine Bildsäule an den Wänden, regte sich nicht, reagierte auf nichts und verweigerte jede Nahrungaufnahme. Im September 1906 wurde er zur Beobachtung seines Geisteszustandes einer andern Irrenabteilung überwiesen. Dort wurde er für dauernd geisteskrank und strafvollzugunfähig erklärt und im Februar 1907 zur weiteren Behandlung zunächst bis Mai 1907 einem Hospital und dann einer Irrenanstalt überwiesen.

Während der ganzen sich über fünf Monate erstreckenden Beobachtung in der Irrenabteilung lag M. teilnamlos, apathisch im Bett, gab auf Fragen niemals Antwort und stierte blöde vor sich hin. Den Maßnahmen zu seiner Reinigung und Körperpflege setzte er heftigen Widerstand entgegen; anfangs nahm er Nahrung in geringen Mengen zu sich, von November bis Februar mußte er aber regelmäßig durch die Schlundsonde ernährt werden. Mehrfach wurde er ohne Grund plötzlich erregt und schlug auf andere ein, dabei schnaubte er vor Wut und rollte heftig die Augen.

Die körperliche Untersuchung ergab außer Steigerung der Sehnenreflexe keine Krankheiterscheinungen.

Der Arzt der Strafanstalt erklärte ihn für unheilbar geisteskrank: er leide an katatoner Verblödung. Die geistige und gemütliche Stumpfheit, die anhaltende Stummheit, die Nahrungverweigerung und impulsiven



Erregungzustände entsprächen durchaus dem Krankheitbilde der Katatonie.

In dem Hospital, in dem er von Februar bis Mai 1907 war, verhielt er sich ganz wie in der Irrenabteilung. Er war stumm, stumpfsinnig, gab aber auf Fragen schriftlich Auskunft und zwar zum Teil richtige Auskunft.

Nach dreiwöchigem Aufenthalt im Hospital schrieb er an den behandelnden Arzt folgenden Brief:

Herrn Doctor, Hier!

„Wenn Sie was für mich tuen wollen oder können, so sorgen Sie dafür, daß ich in Freiheit gelange, denn daß ich hier gesund werden solle, ist doch gänzlich ausgeschlossen, körperlich habe ich mich ja hier sehr gut erholt, aber was nützt dieses, wenn die Seele leidet. Ich bin unschuldig verurteilt worden und kann mich in die Gefangenschaft nicht schicken. Zeitlebens habe ich mich stets bemüht, ein nützliches Mitglied der menschlichen Gesellschaft zu sein und habe nie eine Tat begangen, die es erforderlich macht, mich von der Gesellschaft meiner Mitmenschen auszuschließen, auch meine Erziehung nicht danach gewesen, daß ich mich hinter Schloß und Riegel wohl fühlen kann. Eine Verbrechernatur weiß, daß er sich gegen Gott und die Menschen vergangen, und daß dieses eine Sühne verlangt, welche eine Entziehung aus der Gesellschaft verlangt, einenteils zur Sühne, andernteils zum Schutze der Allgemeinheit. Wie sieht es aber in dem Gemüte eines Unschuldigen aus? Wenn Sie es verstehen, sich in eine solche Lage zu denken, werden Sie wohl auch begreifen können, daß Letzterer sich in sein hartes Los nicht finden kann und vielleicht den Tod dem Verluste seiner Ehre und Freiheit vorzieht. Wollen Sie mich heilen, so beantragen Sie vor allem meine Versetzung in die Freiheit, daß ich mich wieder unter meinen Mitmenschen als Mensch betrachten und fühlen kann. Hier ist es ja sehr gut: Essen, Behandlung usw. Dies kommt aber nur dem Körper zu Gute, währenddessen die Seele, das höchste Gut, verschmachtet."

Vier Wochen später richtete er wieder einen Brief an den Arzt mit folgendem Inhalt:

„Herrn Doctor Hier! Ich bitte Sie hierdurch, mir Aufklärung zu geben, warum ich nicht in Freiheit komme, ich bin doch nicht zum Verweilen in Krankenhaus und Irrenanstalt verurteilt worden. Auch besitze ich doch Mittel, um mich draußen selbst zu ernähren und teilte meine Mutter mir durch den Bruder mit, daß sie gern bereit sei, mich aufzunehmen; ich kann das Verweilen hier daher nur als Freiheitsberaubung ansehen. Glauben Sie etwa nicht, daß Sie mich etwa für das Zuchthaus oder Irrenanstalt präparieren können, ich kann Ihnen versichern, der erste Bissen, der in diesen Häusern über meine Lippen



geht, soll mein Tod sein. Teilen Sie mir sofort mit, aus welchem Grunde und mit welchem Recht man mich hier festhält. Ich habe keine Lust, meine Leben zu verlängern, um hinter Mauern eingesperrt zu sein. Wenn die Justiz mich nicht gesund werden lassen will, so braucht man mich nicht aus dem Zuchthaus zu tun, da ist noch soviel Platz, daß ein unschuldig Verurteilter verenden kann. Ich brauche zum Leben vor allen Dingen Freiheit und eine freie Willensbestimmung und will man mir die nicht geben, bin ich auch gerade so gern bereit, für meine Unschuld zu sterben. Und sollte ich die Freiheit nicht wieder haben, je eher je lieber. Es ist doch widersinnig, daß man einen unschuldig Verurteilten, welcher vor Freiheitsdrang vergeht, gesund werden lassen zu wollen, ihn aber trotzdem zur Erlangung der Gesundheit einsperrt."

Bei der Übergabe des Briefes zeigte er sich heftig erregt und deutete durch seine Gebärden Selbstmordabsichten an. Im übrigen war er still, kümmerte sich um nichts und schrieb auch nie an seine Frau. Wenn andere Kranke Unruhe verursachten, wurde er auch unruhig.

Es wurde das Entmündigungsverfahren eingeleitet. Im mündlichen Termin gab M. dem Richter keine Antwort.

Die behandelnden Ärzte erklärten ihn für unheilbar geisteskrank; hervorgehoben wird der andauernd stuporöse Zustand, verbunden mit fortgesetzter Stummheit und zeitweiliger Nahrungverweigerung, die zeitweiligen Erregungzustände, der hohe Grad von Gemütstumpfheit, der Einfluß von Beeinträchtigungsideen mit Neigung zum Selbstmord und die deutliche Abnahme seiner Intelligenz.

M. wurde am 6. VII. 1907 wegen Geisteskrankheit entmündigt.

Vom 14. V. bis 26. VI. 1907 war er in einer Pflegeanstalt, in der er das nämliche Verhalten bot. An diesem Tage kam er zu uns in die Anstalt. Hier ergab die körperliche Untersuchung nichts Besonderes. Er war stumm, nickte nur gelegentlich mit dem Kopf, verweigerte jede Nahrung, so daß er mit der Sonde gefüttert werden mußte, und war gegen jede Manipulation recht widerstrebend. Von Ende August an nahm er Nahrung; mit anderen spielte er Skat und verständigte sich durch Gesten oder schriftlich mit ihnen.

Am 21. XI. 1907 gelang es ihm zu entweichen.

Auch wir stellten die Wahrscheinlichkeitsdiagnose: Katatonie.

Am 5. XII. 1907 kam M. nun allein spontan in die Anstalt zurück und bot ein ganz anderes Verhalten. Von den beschriebenen katatonischen Symptomen war nichts mehr zu konstatieren. Er sprach und gab gut Auskunft. Er habe nicht sprechen können; schon im Jahre 1894 habe er einmal mehrere Monate die Sprache verloren. Bei der Entweichung sei er zum Fenster herausgesprungen, habe sich weh getan und vor Schmerz laut aufgeschrien. Mit dem Augenblick habe er die Sprache wiedergefunden. Er sei nach Cöln zu seiner Familie gegangen; seine Frau habe ihn aber veranlaßt, zur Anstalt zurückzukehren. In der Strafhaft habe





er vorübergehend eine Lähmung der linken Körperhälfte gehabt, die plötzlich aufgetreten und wieder verschwunden sei.

Die jetzt vorgenommene Untersuchung ergab eine Anästhesie der rechten Körperhälfte.

Da M. von nun an keinerlei Krankheiterscheinungen bot, wurde er Ende Dezember zur weiteren Strafverbüßung in die Strafanstalt M. zurückgeschickt. Dort ging es nicht, und der Arzt stellte schon im März 1908 den Antrag, den M. aus dem Strafvollzug zu entlassen, da er das gleiche Bild wie früher böte und an tiefer katatoner Verblödung leide. Er kam wieder auf dem Umweg durch eine andere Irrenanstalt September 1908 zu uns. Körperlich bestand nur eine Parese der linken und Anästhesie der rechten Körperhälfte; geistig hielt er sich gut, bot keine Krankheitsymptome und wurde im November 1908 auf seinen Wunsch der Irrenabteilung zu Cöln zur Verbüßung seiner Reststrafe überwiesen.

Diesmal gings; er wurde nach Beendigung seiner Strafzeit nach Hause entlassen und ist bis heute gesund geblieben.

Im Februar d. Js. stellte er sich mir vor. Er war körperlich gesund, es bestand auch keine Sensibilitätstörung mehr. Er war völlig orientiert, frei und munter; eine Intelligenzstörung war, wie ich durch eingehende Prüfung feststellte, nicht vorhanden. Er erzählte, seine Großmutter von Vaters Seite her sei geisteskrank gewesen; er selbst habe leidlich gelernt, habe stets eine lebhafte Phantasie gehabt; vor der Militärzeit habe er stark an Schweißen gelitten und auf der Wanderschaft mehrfach Gesichtstäuschungen gehabt, über die der Arzt ihn aber beruhigt habe. Dann habe er drei Jahre bei der Fußartillerie in Metz gedient; später habe er mehrfach Schwindelanfälle gehabt.

Daß er geisteskrank gewesen sei, wisse er; er habe aber nicht an alle Vorgänge klare Erinnerung. Es sei ihm mit dem besten Willen nicht möglich gewesen zu sprechen. Einen solchen Zustand habe er früher einmal gehabt infolge einer Aufregung. Einige Zeit später sei ein Kerl in seine Wirtschaft gekommen und habe gegen seine Frau eine drohende Haltung angenommen. Er sei hinzugesprungen und habe die Sprache wiederbekommen.

Die Entmündigung des M. wurde nun auf Wunsch seines Vormundes und auf mein Gutachten hin aufgehoben.

Im vorliegenden Falle ist die Differentialdiagnose zwischen Katatonie und Hysterie lange Zeit sehr schwierig gewesen. Zuerst wurde M. für geisteskrank erklärt, dann für einen Simulanten gehalten; in Strafvollzug zurückgeschickt, zeigt er über zwei Jahre lang ein Verhalten, das unschwer als Katatonie gedeutet werden konnte. Immerhin meine ich aber, man sollte bei einem stuporösen Menschen mit der Annahme der geistigen und gemütlichen Verblödung recht vor-

sichtig sein. Vorgetäuscht kann sie natürlich werden. Ein sicheres Urteil läßt sich aber erst nach dem Erwachen aus dem Stupor fällen. Die beiden Briefe, die M. im Hospital geschrieben hat, sprechen übrigens gegen eine gemütliche Verblödung. Wir waren uns zunächst auch nicht ganz klar über den Fall. Die Diagnose wurde aber gesichert, als M. von seiner Flucht in die Anstalt zurückkehrte und über diese Auskunft gab, überhaupt ein ganz anderes Verhalten zeigte. Es handelte sich um einen Hysteriker. Die Art, wie er bei der Entweichung infolge eines Schmerzes beim Aufspringen die Sprache wiederfand, ist ganz charakteristisch für Hysterie. Die Diagnose wurde durch die Hemianästhesie, die Hemiparese und den weiteren Verlauf bestätigt. Kaum in Strafvollzug zurückgebracht, versinkt er wieder, bietet wieder das Bild tiefer katatoner Verblödung und wird wieder für unheilbar erklärt, um in der Anstalt wieder aufzutauen und ein normales Verhalten zu zeigen. Der Fall ist ein schönes Beispiel für die Psychogenie der Symptome. Der weitere Verlauf, das Fehlen jeglicher Intelligenzstörung oder Gemütsverödung, die Angaben über seine Vorgeschichte, speziell die verübergehende Stummheit im Jahre 1894 bestätigen die Diagnose der Hysterie.

Fall 2. E., Buchhalter, 20 Jahre alt; erblich angeblich nicht belastet, entwickelte sich normal, lernte gut. Immer etwas verschlossen, zum Grübeln geneigt. Erkrankte infolge von Heimweh mit Aufregungzuständen und leichter Depression; der Zustand besserte sich erheblich, verschlimmerte sich aber im Juni cr. Er wurde bei einem Gewitter ängstlich, halluzinierte, verweigerte die Nahrungaufnahme, sprach nicht, hatte mehrere psychogene Krampfanfälle. Von den behandelnden Ärzten stellte einer die Diagnose Hysterie, der andere Katatonie. Am 27. Juni kam E. in unsere Anstalt. Die körperliche Untersuchung, soweit sie möglich war, ergab nichts Bemerkenswertes. E. sprach nicht, lag still im Bett, ohne sich zu rühren, sprang aber zweimal plötzlich auf, um den Pfleger anzugreifen; er nahm keine Nahrung zu sich, sodaß er mit der Sonde ernährt werden mußte. Vom 10. Juli an aß er wieder, lag aber im übrigen mit ausgesprochener Katalepsie zu Bett. Nadelstiche, selbst in die Schleimhaut der Nase, blieben ohne jede Reaktion. Am folgenden Tag gab er Auskunft, erwies sich dabei über seine Personalien orientiert, erzählte, er höre Stimmen, habe sich in einem dunkeln Gemach gesehen, er habe Krämpfe gehabt; auf Aufforderung legte er sich zu Boden und machte die Krämpfe vor. Dann wurde er widerstrebend, biß sich in den Unterarm, machte rythmische Schleuderbewegungen im Bett, lief hinter dem Arzt her und verlangte, zu seiner Mutter geführt zu werden, deren



Stimme er fortwährend höre. Zeitweise war er klar und geordnet, dann war er wieder verwirrt, glaubte, er sei hier in einem Luftballon, erkannte niemand, verwechselte die Personen, hörte die Stimme seiner Mutter, ließ unter sich gehen und versuchte einmal seinen Kot zu essen.

Im August besserte sich der Zustand allmählich. Seit September ist er völlig klar und orientiert, aber etwas läppisch. An die Erkrankung hat er nur eine lückenhafte Erinnerung, das ganze sei ihm wie ein Traum; Einzelheiten, die man ihm erzählte, versetzten ihn in großes Erstaunen. Auf die Frage nach den anamnestischen Angaben bezeichnet er alles als „Quatsch"; erkundigt man sich nach der Ursache der Nahrungverweigerung, so sagt er: „wenn man im Bett liegt, kann man doch nicht große Kessel leer essen." Fragt man, warum er einmal eine Fensterscheibe eingeschlagen habe, antwortet er: „ja, warum, ich bin kein Arzt, ich bin derjenige nicht, der die Sache zu untersuchen hat" usw. E. hängt an seiner Familie, drängt aber in letzter Zeit nicht auf Entlassung. Die körperliche Untersuchung ergibt nichts Abnormes. Die Sensibilität und die Reflexe sind normal.

Es ist nicht ganz leicht in diesem Falle eine sichere Diagnose zu stellen. Schon vor der Aufnahme in unsere Anstalt ist E. verschieden beurteilt worden. Der eine Arzt hat ihn für einen Hysteriker, der andere für einen Katatoniker erklärt. Für beide Auffassungen sind Anhaltpunkte vorhanden. Das ganze Krankheitbild machte zunächst den Eindruck eines akuten hysterischen Dämmerzustandes, wie *Räcke* sie beschrieben hat; andererseits kann der Verdacht der Katatonie nicht ausgeschlossen werden. Negativismus, Mutacismus, Nahrungverweigerung, die Stereotypien, flexibilitas cerea können bei beiden Erkrankungen vorkommen. Auffällig ist aber nach dem Verschwinden der akuten Erscheinungen die sonderbare Art der Antworten, die E. jetzt gibt. Wenn auch bei der kurzen Dauer der Erkrankung keine Intelligenzschwäche vorhanden und keine gemütliche Verödung zu konstatieren ist, so muß doch bei der manirierten Art des Sprechens die Wagschale sich mehr zur Seite der Katatonie senken, zumal aus dem Vorleben keinerlei hysterische Symptome bekannt sind und auch jetzt hysterische Stigmata nicht nachzuweisen sind.

Ganz sicher ist die Diagnose freilich auch jetzt noch nicht, die Zukunft wird über den Fall erst völlige Aufklärung bringen.

Fall 3. B. B., Invalide, geboren 26. XII. 1872. Der Vater hat durch Suicid geendet. Die Entwicklung des B. ist unbekannt. Als Soldat hat er an hypochondrischer Verstimmung bei einem chronischen



'ripper gelitten und ist als unbrauchbar entlassen worden. Er ist zwei-
ıal mit Gefängnis bestraft worden. Nach den Akten der Rhein.-Westfäl.
augewerks-Berufgenossenschaft hat er am 30. IV. 1898 durch Sturz
ɔm Gerüst eine Verrenkung der linken Schulter und einen Kompressions-
'uch der Wirbelsäule in der Gegend des 10.—12. Brustwirbels erlitten.
· ist 5 Monate im Bürgerhospital in Cöln gewesen und mit einem leichten
bbus an der Frakturstelle entlassen worden. Es entwickelte sich bald
s typische Bild der traumatischen Neurose. B. erhielt eine Rente.
ın April bis August 1908 war B. im Augustahospital in Cöln wegen
'sterie in Behandlung und wurde gebessert entlassen. Damals bestan-
ı bereits hypochondrische Wahnideen. Er übertrieb sehr. Unbe-
ıchtet konnte er frei und ohne Störung gehen, während ihm sonst das
ıen angeblich große Schwierigkeiten bereitete.

Am 24. IX. 1908 kam er ins Invalidenhaus, am 20. II. 1909 in
ere Anstalt mit der Angabe, daß er seit 4 Wochen irre rede, nichts
', widerspenstig und zeitweise unruhig sei, Größenideen äußere, er
Napoleon, habe Millionen Soldaten usw. Im Fragebogen wurden eine
chogene Gangstörung und ausgesprochen hysterische Züge des Krank-
bildes hervorgehoben.

Die körperliche Untersuchung ergab leicht verzogene reagierende
illen; die Reflexe waren vorhanden, die Sensibilität schien intakt zu
; es bestand Ovarie und schmerzhafte Interkostaldruckpunkte, ferner
alirritation. In Rückenlage waren Bewegungen der Beine möglich,
gen konnte B. nicht ohne Unterstützung gehen und vollführte dabei
merkwürdigsten Bewegungen, schwankte hin und her, stolperte,
.te einen Schritt vor, um sich dann festzuhalten, so daß man jeden
'nblick glauben konnte, er fiele mit großer Wucht hin. Psychisch
e B. sich völlig orientiert, zeitlich und örtlich. Er nennt sich Napo-
IV., den Sohn Napoleons III., sein Name sei nur der seines Pflege-
s; das weiß er durch Andeutungen. Er hat 10 Väter, bleibt aber
leon, bekommt von 10 Staaten Vermögen, ist als Milliardär auf die
gekommen, hat die Weltindustrie ins Leben gerufen, zurzeit wird
›er abgerechnet, darum hat er kein bar Geld, er hat Millionen Sol-
und einige Frauenregimenter, gestern hat er Krieg geführt, den
chen Kaiser hat er abgesetzt, er ist ganz ausgedorrt, hat Rücken-
;chwindsucht, keine Lungenflügel mehr, mit Apparaten macht man
Gedächtnisschwäche, die Apparate werden von seinen Feinden be-
usw. Im weiteren Verlauf lag er stumpf und teilnamlos im Bett,
ıerte sich um nichts, war abweisend, widerstrebend, verweigerte
ise die Nahrung, lag in stereotyper Haltung, den Kopf nach vorn
gt, im Bett und sprach oft nicht. Seine Wahnideen äußerte er
wieder, er ist Napoleon, besitzt Milliarden, nennt sich übrigens
paragraph", den Arzt eine „Vorspiegelung falscher Tatsachen",
gt eine Gehmaschine, weil er nicht gehen könne. Allmählich besserte



sich sein Gang. In Gegenwart der Ärzte machte er noch lange die erwähnten merkwürdigen Bewegungen, während er unbeobachtet schon recht gut gehen konnte. Zurzeit ist sein Gang normal.

Er verlangt wohl seine Entlassung, ist aber affektlos und lebt in den Tag hinein.

Hier haben wir es mit einem Menschen zu tun, dessen Vater durch Suicid geendet hat, und der selbst schon als Soldat an hypochondrischer Verstimmung gelitten hat; im Alter von 26 Jahren erleidet er einen schweren Unfall und bekommt eine traumatische Neurose. An dieser laboriert er offenbar sehr lange, 10 Jahre später wird er einige Monate wegen Hysterie behandelt. Als er anstaltpflegebedürftig wird, macht er einen hysterischen Eindruck. Besonders die psychogene Gangstörung ließ an Hysterie denken. Dabei hat B. nun solch unsinnige Größenideen, ferner hypochondrische Ideen und physikalischen Verfolgungswahn geäußert, daß man ohne weiteres an eine Dementia paranoides denken mußte. Die katatonischen Erscheinungen, wie Negativismus, Mutacismus, Nahrungverweigerung, Stereotypien, fehlen auch nicht, um das Krankheitbild zu komplizieren. *Bonhöffer* hat unter seinen Degenerationspsychosen eine Gruppe abgetrennt mit schneller Entwicklung von Größenideen phantastischer Natur und Verfolgungsideen, die der Paranoia oder Dementia paranoides ähnlich ist, von langer Dauer, aber ohne Weiterentwicklung und ohne Verblödung. Handelt es sich hier um einen ähnlichen Fall oder haben wir es mit einer Hysterie zu tun, aus der später eine Dementia praecox geworden ist, oder mit einer Kombination beider? Von einer eigentlichen Verblödung ist hier noch nicht die Rede, eine besondere Intelligenzschwäche ist nicht nachzuweisen, trotzdem die Erkrankung schon lange besteht. Nun hat B. schon als Soldat, als junger Mensch an hypochondrischer Verstimmung gelitten und ist als unbrauchbar vom Militär entlassen worden. Das gibt doch einen Fingerzeig; darin liegt ein Anhaltpunkt, daß es sich wohl um eine Dementia praecox handelt. Die 1908 konstatierte Hysterie wird dann wohl als eine durch den Unfall bedingte Episode zu betrachten sein, die das zugrunde liegende Krankheitbild zeitweise verdeckt hat, und von der einige psychogene Züge in die Dementia praecox mit hinübergenommen sind. Ich bin der Ansicht, daß dies die wahrscheinlichste Erklärung des Falles ist.



Fall IV. B. G., Kaufmann, geboren 27. I. 1887 zu New York. Der Vater war morphiumsüchtig, die Mutter ist sehr nervös, ein Bruder starb 6 Wochen alt an Krämpfen. G. war in der Kindheit sehr leicht erregbar, kam der Mutter oft „komisch“ vor, er lernte mittelmäßig; alkoholintolerant. 1905 mit fünf Monaten Gefängnis bestraft, erkrankte er in der Strafhaft; er bekam Wutanfälle, gab sich für den Kronprinzen von Amerika aus und benahm sich albern und läppisch. Er kam aus dem Strafvollzug als irrenansaltbedürftig am 14. I. 1905 zu uns in die Anstalt. Die körperliche Untersuchung ergab damals eine allgemeine Hypästhesie für Berührung und Schmerz, Ovarie, starke konzentrische Einengung des Gesichtsfeldes, im übrigen normalen Befund. G. war äußerlich nicht völlig geordnet und zeitlich und örtlich nur schlecht orientiert; er gab an, daß er vor 2—3 Jahren schon wegen Nervenschwäche in Behandlung gewesen sei; von seinen jetzigen Aufregungzuständen habe ihm seine Mutter erzählt, er selbst wisse nichts davon. Er sehe nachts häufig ein weißes Gespenst, das ihm Angst mache, er höre Stimmen, die ihn beschimpften, ihm andererseits aber auch sagten, er solle Kaiser von Amerika werden. Die Merkfähigkeit war erheblich herabgesetzt. Schon nach kurzer Zeit wurde er hinsichtlich der Größenideen schwankend und äußerte, er habe wohl nur geträumt. In der Folgezeit träumte er lebhaft von Hinrichtung, Mord usw., sonst war er klar und geordnet. Das Gesichtsfeld wurde wesentlich größer. Als er am 11. II. erfuhr, daß er nach Brauweiler gebracht werden solle, wurde er erregt, schrieb ein Telegramm an den Kaiser, das er Fürst von G. unterzeichnete, drapierte sich mit einer Tischdecke, ging aber schließlich mit. Er wurde damals als geheilt von hysterischer Psychose bezeichnet.

Im Jahre 1909 wurde G. wegen Fahrraddiebstahls angeklagt. Nach der Verhaftung zerschlug er zwei Fensterscheiben, in einem Brief an den Staatsanwalt bezeichnete er sich als Doktor. Das Verfahren wurde eingestellt, da G. zurzeit geisteskrank und nicht verhandlungfähig sei. Am 1. X. 1909 wurde er der Anstalt überwiesen. Es besteht bei ihm fast beständig Tachykardie, das Gesichtsfeld ist nicht wesentlich eingeschränkt; es besteht eine rechtseitige Hemianästhesie für Berührung, die sich auch auf die Rachenschleimhaut und Zunge erstreckt, während für Schmerz eine allgemeine Hypästhesie besteht. Konjunktival- und Kornealreflexe fehlen, sonst körperlich nichts besonderes. Psychisch zeigte sich G. orientiert, den Grund seiner Anklage wollte er nicht wissen; er war abweisend, steckte den Kopf unter die Bettdecke, wenn der Arzt kam, verweigerte mehrfach die Nahrung, weil sein Besuch ausblieb, sprach nicht, unterhielt sich aber mit seiner Braut beim Besuch, gelegentlich äußerte er Beeinträchtigungsideen, der Arzt habe ihn im Gehirn „gezwängt“, man habe Blausäure in sein Essen getan. Im übrigen war er lange Zeit geordnet, klar und ruhig, dann schrieb er an seine Mutter eine merkwürdige Karte, sie solle ihn besuchen, aber mit der Bahn fahren, nicht mit dem

Luftschiff, sonst verbrenne sie, sie solle ihm ein Portemonnaie ohne Inhalt mitbringen usw. Einmal entwich er, wurde bald darauf in angetrunkenem Zustande gefaßt, als er gerade ein Fahrrad stahl und zurückgebracht. Wegen Fluchtverdachts auf den Wachsaal gelegt, war er stumpf und apathisch, sprach kaum, kümmerte sich um nichts. In letzter Zeit äußert er wieder gelegentlich Verfolgungs- und Vergiftungsideen, nimmt aber trotzdem wieder regelmäßig seine Nahrung und ist im übrigen geordnet. Die Intelligenz ist nicht herabgesetzt. Die oben erwähnte Hemianästhesie, das Fehlen der Korneal- und Konjunktivalreflexe dauert fort, das Gesichtsfeld ist nur wenig eingeschränkt.

In diesem Fall handelt es sich um einen erblich belasteten Menschen, der als Kind einen komischen Eindruck gemacht hat, alkoholintolerant und in den Entwicklungsjahren mehrfach kriminell geworden ist. Im Gefängnis hat er eine Psychose aquiriert, deren Hauptsymptome Wutanfälle, Sinnestäuschungen und Wahnideen sind und auf körperlichem Gebiet Gesichtsfeldeinengung, Ovarie, Hypaesthesie. Der Zustand hat sich bald gebessert. Der psychogene Einfluß zeigt sich in der Mitteilung, daß er nach Brauweiler müsse; es stellt sich sofort ein Erregungzustand ein und Größenideen tauchen wieder auf. Der Zustand wurde als Geistesstörung auf hysterischer Basis aufgefaßt. Offenbar besteht hier eine degenerativ hysterische Basis als Grundlage, und die auslösende Ursache ist in der Haft zu erblicken. Es ist ein Fall, wie *Bonhoeffer* und *Birnbaum* ähnliche erwähnt haben. 4 Jahre später wird G. wieder kriminell und erkrankt wiederum. Die jetzige Erkrankung trägt viele Züge der Dementia praecox an sich. Beeinträchtigungs- und Vergiftungsideen, Stumpfheit und Gleichgültigkeit, die an gemütliche Verblödung erinnern, ferner katatone Symptome, Negativismus, Mutismus, Nahrungverweigerung, Stereotypie. Von einer Intelligenzschwäche ist aber keine Rede, eine wirkliche Gemütsverblödung besteht nicht; der psychogene Einfluß ist unverkennbar. G. entweicht und ist draußen geordnet; in die Anstalt zurückgebracht, zu Bett gelegt versinkt er sofort, wird negativistisch und stumm. Dazu bestehen hysterische Stigmata, Hemianaesthesie, Fehlen des Korneal- und Konjunctivalreflexes. Betrachtet man in diesem Fall die ganze Persönlichkeit, ihre Entwickelung und den Verlauf der Psychose, so muß man Dementia praecox ausschließen und den Fall als degenerativ hysterische Psychose auffassen.

F a l l V. J. K., Eisenbahnschaffner, geboren 7. VI. 1882. Keine erbliche Belastung, normale Entwicklung. K. lernte gut und war Soldat.



in Alkoholabusus. September 1908 erlitt er einen Betriebsunfall, er
sich eine ausgedehnte Quetschung des linken Fußes zu. Die Wunde
te nur sehr langsam. Januar 1909 stellten sich größere Beschwerden
Schmerzen in der Narbe, Steifigkeit im Fußgelenk, Anschwellung
Fußes beim Gehen. Der Zustand besserte sich im Laufe eines halben
res unter Behandlung, und die bewilligte Rente wurde herabgesetzt.
egen protestierte K. mehrfach in zahlreichen Eingaben, in denen er
lei hypochondrische Beschwerden äußerte. Die zugezogenen Nerven-
e konstatierten eine traumatische Hysterie und stützten ihre Diagnose
n den körperlichen Erscheinungen auf das psychische Verhalten des
die Erregbarkeit, die Neigung, sein Leiden in interessanten Aus-
ken zu schildern, die auf psychischem Wege erfolgende Umsetzung
gfügiger körperlicher Vorgänge in ganz ungewöhnliche Wirkungen.
r Krankenhausbehandlung trat eine wesentliche Besserung der
rischen Symptome und der subjektiven Beschwerden ein; da ver-
rte K. plötzlich die Nahrungaufnahme und äußerte Vergiftungs-
Beeinträchtigungsideen. Er wurde am 7. Juni der psychiatrischen
k in Cöln überwiesen und kam von dort am 29. Juli cr. in unsere
lt. Hier ergab die körperliche Untersuchung, daß die innern Organe
d, die Sehnenreflexe lebhaft und die Hautreflexe vorhanden sind.
upillen reagieren prompt. Einige Male wurde aber auch die von
hal beschriebene katatone Pupillenreaktion konstatiert, Veränderung
Form und Fehlen der Reaktion bei mehrmaliger Belichtung. Aus-
chene Sensibilitätstörungen sind nicht vorhanden, nur die Narbe
uß schmerzt. Der linke Unterschenkel zeigt eine geringe Atrophie
den rechten. Die passiven Bewegungen im linken Bein sind un-
änkt; beim Stehen tritt K. nur mit dem rechten Fuß auf, beim Gehen
er das linke Bein. Die Sprache ist leise und tonlos. Den Urin
. ins Bett. In den ersten Tagen gab er Auskunft, zeigte sich zeit-
rtlich und über den erlittenen Unfall orientiert. Er klagte, daß
rache seit 2½ Monaten anders geworden sei, früher habe er laut
utlich sprechen können, seit 2 Monaten könne er auch nicht mehr
er könne nicht mehr schlucken, er glaube auch, daß Gift im Essen
beiße ihn auf der Zunge. Ob Feinde daran schuld seien, wisse er
in der Lindenburg hätten die Kranken etwas gegen ihn gehabt.
e Schmerzen im Bein und in der Stirn. Da K. auch hier keine
g zu sich nahm, wird er seitdem mit der Sonde gefüttert. Wegen
Unbehilflichkeit bekam er eine Urinflasche ins Bett; wenn er aber
n mußte, legte er die Flasche weg und machte sein Bedürfnis
t. Allmählich versank er immer mehr. Seit 2 Monaten ist er völlig
negativistisch, oft besteht flexibilitas cerea, er hält die Augen
sen und rührt sich nicht, nur zuweilen macht er rythmische ruck-
Bewegungen mit dem Oberkörper und versucht sich rücksichtlos
n Bett zu stürzen.



Der Fall ist nicht ohne Interesse. K. war früher bis zu dem Unfall völlig gesund, an diesen schließt sich eine traumatische Hysterie an. Nachdem die hysterischen Symptome infolge von Krankenhausbehandlung wesentlich zurückgetreten waren, verweigert K. plötzlich die Nahrung, äußert Vergiftungs- und Verfolgungsideen. Orientierung, Aufmerksamkeit und Gedächtnis sind nicht gestört. Allmählich ist er dann immer mehr versunken, bis er jetzt das Symptomenbild eines schweren katatonischen Stupors bietet mit Negativismus, Nahrungverweigerung, Mutismus, Stereotypien und Muskelstarre. Ab und zu treten vorübergehend sinnlose Erregungzustände bei ihm auf.

Wie ist der Fall zu werten? Handelt es sich um eine hysterische Psychose mit hysterischem Stupor oder um eine traumatische Hysterie, an die sich ein Jugendirresein, eine Katatonie angeschlossen hat? Es finden sich zweifellos hysterische Züge bei K. Die tonlose Sprache und die Gangstörung gehören hierhin. Wäre eine angeborene Degeneration nachzuweisen, so würde der Auffassung des ganzen Krankheitbildes als hysterisch nichts im Wege stehen, da ja die katatonen Symptome auch bei Hysterie beobachtet werden. Um eine solche handelt es sich aber nicht.

Die Wahnideen, die langsame Entstehung der Krankheit sprechen mehr für Dementia praecox. Es würde sich dann um einen Menschen handeln, der eine traumatische Hysterie durchgemacht hat und dann eine Katatonie bekommt. Dieser Auffassung steht nichts im Wege. Wie jemand eine Tuberkulose haben und dann noch an einem Typhus erkranken kann, wobei dann der gesetzmäßige Verlauf des letztern durch die erstere einige Änderung erfahren kann, so kann auch ein Hysteriker an Katatonie erkranken; das Bild erhält dann eventuell eine hysterische Färbung. Ich glaube, daß diese Ansicht im vorliegenden Falle die meiste Wahrscheinlichkeit für sich hat[1]).

Fall VI. G. F., Arbeiter, geb. 26. VI. 1870. Der Vater und mehrere Brüder trinken. G. lernte schlecht, war etwas beschränkt und konnte es nie zu etwas Ordentlichem bringen. Am 6. II. 1902 erlitt er einen Unfall, es handelte sich um eine Beckenverletzung und eine Muskelquetschung der linken Rückenseite. F. bekam eine Rente. Im Anschluß an den Unfall entstand eine traumatische Hysterie, derentwegen er in einer Heilanstalt behandelt wurde, wo eine wesentliche Besserung eintrat, so daß

[1]) Anm. b. d. Korr.: Die weitere Beobachtung der Fälle 2, 3, 4, 5 seit Nov. 1910 bestätigt die oben niedergelegte Diagnose.



F. einen kleinen Posten wieder ausfüllen konnte. Im Herbst 1906 — 4½ Jahre nach dem Unfall — erkrankte F. mit Schlaflosigkeit, er wurde tobsüchtig, halluzinierte und äußerte religiöse Wahnideen, so daß er am 27. X. 1906 der Anstalt übergeben wurde. Hier ergab die körperliche Untersuchung lebhafte Sehnenreflexe und eine ganz unregelmäßige Hyper- und Hypästhesie. Der Gang war einmal ganz flott und unbehindert, dann wieder hinkend. Bei Druck auf die Unterbauchgegend macht F. stoßweise Bewegungen mit dem Rumpf und atmet krampfhaft; sonst war körperlich nichts Besonderes. Nach der Aufnahme war F. sehr unruhig, warf sich auf die Erde, sagte, er sei tot, machte dann ruckartige Bewegungen mit den Armen, schlug um sich, zertrümmerte einen Stuhl und lärmte die ganze Nacht. In den nächsten Wochen war er sehr unruhig, sprach ununterbrochen, dieselben Worte oder Sätze oft wiederholend und immer lauter werdend. Er kam dann oft auf seinen Unfall zu sprechen, sagte, er sei am verhungern, er sei schon tot gewesen, aber wieder auferstanden, er habe Angst, man werde ihn köpfen, er habe doch nichts getan, seine Frau sei auch tot; dabei machte er allerlei stoßweise Streckbewegungen des Rumpfes und der Arme, schlug aber immer so um sich, daß er sich nicht verletzte. Vorübergehend war er zu fixieren und zeigte sich dann einigermaßen orientiert, kleine Rechenaufgaben löste er richtig. Gelegentlich kam ein ängstlicher Affekt zum Durchbruch, er erklärte, er habe immer schießen und seine Mutter und Kinder von unten rufen hören und habe allerlei Erscheinungen gehabt. Die Sprechweise wurde zeitweilig fast unverständlich und sein Gebahren affektiert. Er war dann vorübergehend ruhig um später wieder unruhiger zu werden, er wühlte im Bett herum, krümmte sich, zuckte am ganzen Leib; forderte man ihn auf, sich aufzurichten, dann machte er krampfhafte Anstrengungen, sank aber immer wieder zurück, versuchte man ihm zu helfen, dann richtete er sich schnell auf, beim Versuch zu gehen ließ er sich fallen, schließlich ging er, indem er ein Bein nachschleppte. Bei den Mahlzeiten war er negativistisch, indem er erst aß, wenn man Miene machte, ihm das Essen wegzunehmen; die rythmischen Bewegungen der Arme und des Rumpfes wiederholte er oft, gelegentlich redete er vorbei oder fiel wieder in eine manirierte Sprechweise, dann wieder lag er Tage hindurch in starrer Körperhaltung und sprach gar nicht oder machte törichte Bemerkungen, er solle den Leuten die Augen ausstechen, er müsse sich die Ohren zuhalten, um sehen zu können usw. Achtete man nicht auf ihn, so hörte er mit seinen sonderbaren Bewegungen sehr bald auf. Nach etwa 5 Monaten beruhigte er sich etwas und die Angehörigen nahmen ihn mit nach Hause, obwohl er noch nicht geheilt war.

Ein erblich belasteter offenbar von Haus aus minderwertiger Mensch erleidet einen Unfall und bekommt im Anschluß daran eine traumatische Hysterie, die sich aber soweit bessert, daß F. wieder einen kleinen Posten ausfüllen kann. 4½-Jahr später erkrankt er



unter dem Einfluß seelischer Erregungen — ungünstige häusliche Verhältnisse, Herabsetzung der Rente — psychisch mit Sinnestäuschungen, Wahnideen, motorischer Unruhe und Neigung zu impulsiven Gewalttaten. Deutlich treten die für die Katatonie charakteristischen Störungen: Negativismus, zeitweise Mutismus, Stereotypien, Verbigerieren, das manirierte Verhalten in Erscheinung. Andererseits fehlen auch hier die psychogenen Züge nicht. Eine geistige Verblödung ließ sich nicht feststellen, auch zeigte F. vielen Affekt, verlangte nach Hause und hatte Sehnsucht nach Frau und Kind. Es fragte sich, hatte man es mit einer Psychose auf degenerativ hysterischer Basis zu tun oder mit einer Dementia praecox? Der Boden für die erste was jedenfalls vorhanden, wogegen der Eindruck der letzteren vorherrschte. Ich glaube nicht, daß das Krankheitbild allein eine sichere Entscheidung gestattet. Ich habe darum Erkundigungen über das Verhalten des F. nach Verlassen des Anstalt eingezogen und erfahren, daß er bis heute völlig gesund geblieben ist. Damit dürfte nachträglich die Diagnose einer hysterischen Seelenstörung gerechtfertigt erscheinen. —

Rekapitulieren wir kurz, so haben wir es im 1. Fall mit einer Hysterie zu tun. Wir wissen, daß in dem Proteusbilde dieser Erkrankung gelegentlich Stuporzustände vorkommen, die mit den katatonen die größte Ähnlichkeit haben. *Raecke* hat derartige Fälle beschrieben; sie finden sich namentlich bei Strafgefangenen. *Nissl* (zitiert nach *Wieg-Wickenthal*) rechnet derartige Beobachtungen, wenn sie ausgeprägte Zwangsbewegungen, katatone Körperstellungen, Mutismus oder zu anderen Zeiten Vorbeireden bieten, zur Katatonie. Diese Symptome kommen aber unzweifelhaft auch bei Hysterie vor. Das Vorbeireden ist seinerzeit ja geradezu als charakteristisch für den hysterischen Dämmerzustand von *Ganser* bezeichnet worden. *Wieg-Wickenthal* sagt in seiner übrigens sehr lesenswerten Monographie über Dementia praecox, daß er keinen Fall von selbständig auftretendem hysterischem Stupor außer im Gefolge von hysterischen Anfällen gesehen habe. Von letzteren ist im vorliegenden Falle nichts bekannt, und doch glaube ich berechtigt zu sein, ihn als einen hyster. Stupor zu bezeichnen, da das psychogene Moment im Vordergrund des ganzen Bildes steht. Aus diesem Grunde war auch die Annahme einer in Schüben verlaufenden Katatonie unwahrscheinlich.



Schließlich gab der Ausgang der Erkrankung und die Berücksichtigung der gesamten Persönlichkeit den Ausschlag. Eine geistige oder gemütliche Verblödung ist nicht eingetreten, und ferner handelte es sich um einen Menschen, der schon in jungen Jahren psychische Symptome dargeboten und zehn Jahre vor der jetzigen Erkrankung an einer hysterischen Stummheit gelitten hat, sodaß die Annahme einer gewissen hysterischen Degeneration gestattet ist.

Der 2. Patient ist noch nicht lange krank. *Binswanger* sagt, daß eine gewisse Gruppe von hysterischen Geistesstörungen die jugendlichen Verblödungsprozesse bilden, bei welchen verhältnismäßig häufig hysterische Krankheiterscheinungen die Vorläufererscheinungen des geistigen Verfalls bilden, und wobei die hysterischen Züge vollkommen schwinden können. In diese Gruppe läßt sich unser zweiter Fall zwanglos einrangieren. Wir haben eine Anzahl hysterischer Symptome hier beobachtet, die nach verhältnismäßig kurzer Zeit verschwunden sind. Eine ausgesprochene Verblödung hat sich bei der kurzen Dauer der Erkrankung noch nicht eingestellt, indessen ist in dieser Beziehung die eigenartige incohärente Sprechweise bei sonst erhaltener Orientiertheit doch sehr verdächtig, sodaß uns die Diagnose: Katatonie wahrscheinlicher als Hysterie erscheint.

In Fall 3 und 5 hat sich im Anschluß an ein Trauma eine traumatische Hysterie entwickelt. Im Fall 5 haben sich die katatonen Symptome ziemlich unmittelbar an diese angeschlossen, so schnell, daß sich eine hysterische Degeneration überhaupt noch nicht ausbilden konnte. Wohl hat die vorgehende Hysterie dem jetzigen Leiden eine gewisse Färbung gegeben, aber gerade das Fehlen der hysterischen Entartung und jeglicher nervöser Antecedentien macht die Katatonie wahrscheinlich. Etwas anders liegt der Fall 3. In diesem gesellen sich zu den katatonen Symptomen ganz unsinnige Wahnideen, wie sie für die Dementia paranoides charakteristisch sind, aber gelegentlich auch bei degenerativen Psychosen vorkommen. Auffällig ist ja, daß keine Weiterentwickelung stattgefunden hat. Der Kranke produziert stets dieselben Ideen; auch läßt sich noch keine Verblödung nachweisen, hauptsächlich freilich, weil der Patient wenig zugänglich ist. Vielleicht entwickelt sie sich doch langsam, der Mann hat ein affektloses Wesen, äußert kaum einen Wunsch und hat sich auf der Abteilung unserer alten



Pfleglinge gut eingelebt. Der erlittene Unfall und die sich anschließende Neurose datiert aus dem Jahre 1898, die jetzige Psychose hat im Jahre 1908 eingesetzt. Damals wurde eine Hysterie diagnostiziert; die hypochondrischen Wahnideen fielen schon auf. Die Dementia praecox hat offenbar mit hysterischen Zügen eingesetzt. *Kaiser* hat Fälle beschrieben mit zahlreichen hysterischen Zügen, aber mit dem Grundcharakter der katatonen Form der Dementia praecox. Der vorliegende Fall zeigt ebenfalls zahlreiche hysterische Erscheinungen, trägt aber das Gepräge der Dementia praecox und dürfte daher dieser Erkrankung zuzurechnen sein.

Der 4. Fall muß als degenerativ hysterische Psychose gewertet werden. Die gesamte Persönlichkeit in ihrer Abstammung und ihrer Entwickelung trägt den Stempel der Degeneration an sich. Auf diesem Boden haben sich Episoden ausgesprochener Geisteskrankheit entwickelt. Vor fünf Jahren war es eine Psychose, die man am besten als hysterischen Dämmerzustand bezeichnet. Dann ist der Mann mehrere Jahre gesund geblieben, aber infolge seiner degenerierten kriminellen Natur mehrmals mit dem Strafgesetz in Konflikt gekommen, um dann an einer länger dauernden Psychose mit depressiv paranoider Wahnbildung zu erkranken, aber ohne Weiterentwickelung und ohne Eintreten geistiger oder gemütlicher Verblödung und mit ausgesprochener psychogener Beeinflussung. Zudem bestehen noch hysterische Stigmata, Hemianaesthesie, Fehlen des Conjunctival- und Cornealreflexes, sodaß wir den Fall zu den degenerativ hysterischen Psychosen rechnen müssen, wie *Bonhoeffer* und *Birnbaum* ähnliche beschrieben haben.

Auch im letzten Fall haben wir zunächst eine traumatische Hysterie, die aber mehrere Jahre zurückliegt. In der Zwischenzeit hat der Mann einen kleinen Posten ausfüllen können. 4 ½ Jahr später erkrankt er mit Sinnestäuschungen, Wahnideen, motorischer Unruhe und verschiedenen hysterischen Zügen. Hier schien die Entstehung der Krankheit so viele Jahre nach dem Unfall den hysterischen nur die Rolle als Begleitsymptome zuzuweisen. Ganz sicher aber war die Diagnose nicht zu stellen; der Verlauf nach der Entlassung stellte erst die Hysterie sicher.

Das Symptomenbild kann bei der Hysterie und Dementia praecox fast gleich sein, sodaß man den Gedanken an eine gewisse Verwandt-



schaft nicht von der Hand weisen kann. Auch die in den letzten Jahren von *Westphal* beschriebene Pupillenstörung ist ähnlich der bei Hysterie von demselben Autor früher konstatierten, und das ganz neuerdings von *Meyer*-Königsberg gefundenen Verhalten der Pupille bei Druck auf den Iliakalpunkt macht geradezu den Eindruck eines hysterischen Äquivalents. Beides sind endogene Psychosen, zwischen denen nach den Anschauungen *Freud*s und *Jung*s auch insofern eine Ähnlichkeit bestehen soll, als beide auf psychosexuelle Traumen in der Kindheit zurückgeführt werden, eine Ansicht, die ich nur erwähnen will, ohne sie für alle Fälle zu teilen. Das Wesen der beiden Erkrankungen ist uns viel zu unbekannt, um bestimmte Behauptungen aufzustellen.

So viel steht fest, daß die Dementia praecox mit den verschiedensten hysterischen Erscheinungen beginnen kann, sodaß die Differentialdiagnose geradezu unmöglich werden kann; entscheidend ist nur die Beurteilung der Gesamtpersönlichkeit und der Ausgang der Erkrankung. Stellt sich eine psychische Schwäche ein, so haben wir eine Dementia praecox vor uns, im andern Fall handelt es sich um eine hysterische Psychose.

Literatur.

Birnbaum: Psychosen mit Wahnbildung etc. 1908.

Bonhöffer: Klin. Beitr. zur Lehre v. d. Degenerationspsychosen. Halle, Marhold, 1907.

O. Kaiser: Beiträge zur Differentialdiagnose der Hysterie u. Katatonie. Diese Ztschr. Bd. 58, S. 957 u. Bd. 59, S. 66.

E. Meyer: Pupillenstörungen b. Dem. praec. Berl. klin. Wchnschr. 1910, S. 1813.

Raecke: Hysterischer Stupor b. Strafgefangenen. Diese Ztschr. Bd. 58, S. 409.

A. Westphal: Über ein im kataton. Stupor beobachtetes Pupillenphänomen sowie Bemerkungen üb. d. Pup.-Starre b. Hysterie. Deutsche med. Wchnschr. 1907, S. 1080.
Weitere Beobachtungen usw. Deutsche med. Wchnschr. 1909, S. 1001.

Wieg-Wickenthal: Zur Klinik d. Dem. praec. Halle, Marhold, 1909.



Die Ätiologie der Pubertätsepilepsie.[1])

Von

Gottfried Benn, Unterarzt im Inf.-Reg. 64.

Russel Reynolds ist der erste, der bei der Frage nach den Ursachen der Epilepsie zwei Reihen unterscheidet, die unvermeidlichen und die akzidentellen. Seit *Nothnagel* spricht man von prädisponierenden und auslösenden Faktoren. Unter den prädisponierenden Faktoren steht für die genuine Epilepsie ganz abgesehen von ihrem zeitlichen Beginn die Heredität als ätiologisches Moment obenan. „Ihre Bedeutung braucht heute nicht mehr durch Statistiken bewiesen zu werden", sagt *Nothnagel* S. 205 in *Ziemßens* Handbuch, Krankheiten des Nervensystems Bd. II. Dagegen bestehen in der Literatur verschiedene Ansichten darüber, wann eine Epilepsie auf hereditärer Basis zum Ausbruch kommt, resp. welche Rolle der Heredität für den Beginn der Epilepsie in den verschiedenen Lebensaltern zufällt.

Romberg (Handbuch der Nervenkrankheiten Bd. I) behauptet, daß die hereditäre Epilepsie im allgemeinen vor der Pubertät zum Ausbruch kommt; und *Russel Reynolds* bestätigt dies. Auf S. 131 in seinem Werk über Epilepsie gibt er eine Tabelle, die zeigt, daß bei den von ihm beobachteten Fällen von hereditärer Epilepsie 83,33 % vor dem 15. Jahr, 16,66 % nach dem 15. Jahr beginnen. *Gowers* fand dagegen, daß die Heredität sich bis in das späteste Alter geltend mache und, wenn sie auch absolut gerechnet in der Jugend am häufigsten sei, im späteren Alter

[1]) Es ist dies das Thema, das die medizinische Fakultät der Universität Berlin für die Bewerbung um den Königlichen Preis des Jahres 1910 aufgestellt hatte. Der vorliegenden Arbeit wurde der Preis zugesprochen. Sie wird jetzt veröffentlicht, weil sie sich der Frage nach der Ätiologie der Epilepsie mit Hilfe einer neuen Methode nähert, deren weitere Anwendung vielleicht auch über den Rahmen dieser Einzelfrage für die Ätiologiekunde der Epilepsie Nutzen verspricht.

relativ genommen doch nur in geringerem Maße weniger bemerkbar sei. Er gibt an als Durchschnitt für die hereditäre Epilepsie überhaupt 40 %; in den ersten zwei Dezennien ist sie um 1½ % höher, bis zum 40. Jahre um 2,3 % niederer, und nach dem 40. Jahre um 10 % geringer. *Finckh* (Archiv f. Psych. 39, 1905, S. 829) gibt als Durchschnittbelastung 75 % für die ganze Lebenszeit für Männer an; bei diesen bleibt die Heredität für die Jahre 1—20 um 5 % zurück und übersteigt jene nach dem 20. Jahre um 2 %. Bei den Frauen bleibt der Durchschnittwert von 71 % für die ersten 20 Jahre um 3 % zurück und steigt von da an um 2³/₈ %. *Ziehen* sagte in dem Vortrag über Pubertätspsychosen, gehalten 1900 in Paris auf dem internationalen medizinischen Kongreß (Buchausgabe S. 26) „schon *Gowers* und *Féré* war bekannt, daß die Morbiditätskurve der Epilepsie in der Pubertät eine ihrer Maxima erreicht. Weniger ist die Tatsache gewürdigt worden, daß die erbliche Belastung bei der Pubertätsepilepsie eine unverhältnismäßig geringe Rolle spielt; daß überhaupt nicht selten kein erhebliches ätiologisches Moment nachweisbar ist. Der Eindruck, daß die Pubertät als solche gerade in solchen Fällen eine größere Rolle spielt, macht sich bei einer aufmerksamen Analyse der Fälle sehr bestimmt geltend“.

Ich sah daher meine Aufgabe in allererster Linie darin, festzustellen, wie sich die Epilepsie, die in den Pubertätsjahren ausbricht, in Bezug auf Heredität verhalte.

Ich wandte mich zu diesem Zweck nach der städtischen Anstalt für Epileptische, Wuhlgarten; und Herr Direktor Dr. *Hebold* hatte die Güte, mir zu gestatten, die Krankengeschichten der zur Zeit Internierten durchzuarbeiten. Ich zog nur solche Fälle in Betracht, bei denen die Diagnose Epilepsie feststand, und in deren Anamnese der Eintritt des ersten Anfalls eindeutig angegeben war. Und zwar rechnete ich dazu alle Fälle, deren erster Anfall in den Jahren von 12—22 aufgetreten war. Bei der Beurteilung der in Betracht zu ziehenden Faktoren in Hinsicht auf eventuelle ätiologische Bedeutung verfuhr ich nach einer Methode, die von Herrn Oberarzt Dr. *Bratz* in Wuhlgarten angegeben war, und deren Vorzüge bei der Schwierigkeit der in Frage stehenden Untersuchung sehr einleuchtend sind. Das Neue dieser Methode besteht darin, daß die einzelnen ätiologisch in Betracht kommenden Momente prozentualiter gegen einander abgewogen werden im Hinblick auf ihre wahrscheinliche, empirisch abschätzbare ätiologische Wirksamkeit hin. Und zwar habe ich dabei nur zwei Gruppen unterschieden: endogene und exogene Schädigungen, sodaß unter endogene Schädigungen die neuropathische Belastung



wie die Keimschädigung gerechnet ist. In Hinsicht des Zahlenwertes habe ich 4 Stufen unterschieden, 25 %, 50 %, 75 %, 100 %. Man gelangt mit Hülfe dieser Methode zu einer gerechteren Darstellung der konstitutionellen Verhältnisse und zu einer feineren Verwertung der verschiedenen wirksamen Noxen, wie einige Fälle illustrieren sollen:

Fall 1. A. geb. 1890. Eltern beide an Tuberkulose gestorben. Eine Schwester an Tuberkulose gestorben. Ein Bruder potator. Pat. hatte keine Kinderkrämpfe. Mit 5 Jahren Masern. Mit 6 Jahren Gelenkrheumatismus. Mit 12 Jahren Lungenspitzenkatharr. Im 14. Jahr der erste Anfall.

Die Tuberkulose der Eltern kann eine Keimschädigung bedeuten. *Echieverra* und *Moreau de Tours* haben sogar auf einen genetischen Zusammenhang zwischen Phthise und speziell Epilepsie hingewiesen; andere, z. B. *Binswanger*, konnten dies nicht bestätigen. Daß in diesem Fall jedoch eine Keimschädigung vorliegt, scheint sich an der an Tuberkulose verstorbenen Schwester ebenso zu manifestieren, wie an dem Bruder, der potator ist. Andererseits litt Pat. selbst nicht an Kinderkrämpfen, andererseits schwächten ihn im Verlauf seiner Kindheit drei Infektionskrankheiten, und für die ätiologische Bedeutung der Infektionen für Epilepsie tritt *P. Marie* ein, *Binswangers* Erfahrungen bestätigen dies, und aus der Statistik von *Siebold* (Psychiatr.-neurol. Wochenschr. VIII. Jahrgang Nr. 16—18 S. 147, 165) geht dasselbe hervor. Da erschiene es nun ungerecht, einfach so entscheiden zu wollen: Heredität + oder —; da erscheint es gerechter, den Endogenen wie den exagenen Schädigungen je 50 % zuzurechnen.

Fall 2. P. Eltern gesund. 5 Geschwister gesund. Pat. litt an Kinderkrämpfen. Lernte leicht. Mit 14 Jahren zu Potus verführt. Im 18. Jahr erster Krampfanfall.

Saltmann betrachtet Kinderkrämpfe als den Ausdruck der dem Säuglingalter eigenen erhöhten Reflexdisposition infolge des Mangels sämtlicher psychomotorischer Zentren. *Binswanger* glaubt, daß bei der Hälfte der Fälle der erbliche Faktor nachgewiesen werden kann. *Oppenheim* sieht in der Mehrzahl der Fälle von Eklampsie ein temporäres, dem Kindesalter eigentümliches Leiden, das, einmal überstanden, keine Bedeutung für die Zukunft habe. *Finckh* dagegen kommt zu dem Resultat, daß man mit Sicherheit als eine der Hauptursachen der Kindereklampsie die erbliche Belastung ansehen müsse. Daß in diesem Falle die Eltern und 5 Geschwister gesund sind, könnte gegen die erbliche Belastung sprechen. Kompliziert wird der Fall durch die Verführung zum Potus im 14. Lebensjahr, d. h. Alkoholabusus in den Entwicklungjahren. — Die Statistiken weisen einen geringen Prozentsatz von Epilepsie auf alkoholischer Basis schon in jungen Jahren auf, und *Nothnagel* spricht sich sogar



dahin aus, daß unter den während des Lebens wirksamen Schädigungen, die die zentrale epileptische Veränderung hervorrufen können, die Trunksucht den ersten Platz einnimmt (S. 205/206 in *Ziems.* Handb.).

Ich habe also in diesem Fall für 75 % endogene, 25 % exogene Schädigungen entschieden.

In den Fällen, wo anscheinend geringe endogene Schädigungen vorlagen, exogene nicht in Betracht kamen, wurden für endogene 100 % gesetzt, da es mir nicht angängig erscheint, ein Ereignis seinem absoluten Schädigungswert nach schätzungweise angeben zu wollen, wobei ich auf *Nothnagels* sehr bemerkenswertes Wort verweise: „Ich kann aus meiner Beobachtung Beispiele anführen, daß bei sonst ganz gesunden Familienverhältnissen überhaupt, speziell bei vollkommenem Freisein der Erzeuger von Neuropathien ein Kind epileptisch wurde, und daß sich bei der genauesten Ermittelung als veranlassendes Moment für diese Epilepsie nur der Umstand auffinden ließ, daß die Eltern zur Zeit der Zeugung dieses Kindes unter dem Einfluß lebhafter gemütlicher Affekte standen" (Seite 204).

Endlich sind eine Reihe von Fällen derart, daß Ursachen überhaupt nicht angegeben waren; doch habe ich hier zwei Gruppen unterschieden, solche, bei denen trotz ausreichender Anamnese keine ätiologischen Momente zu erinnern waren, und solche, bei denen die Anamnese kein vollständig deutliches Bild gab.

Bei der Durcharbeitung der Krankengeschichten ergaben sich 92 Fälle von männlicher puberaler Epilepsie, und zum Vergleich zog ich ebensoviele weibliche Fälle heran.

Die Untersuchungen führten zu folgendem Ergebnis:

	Durchschnittalter beim 1. Anfall	Endogene Schädigungen	Exogene Schädigungen	Ohne Ätiologie
M.	16,00 J.	65,03 %	21,73 %	13,24 %
W.	13,43 J.	53,3 %	14,13 %	32,57 %

Die Prozentzahl für endogene Schädigungen fügt sich der Reihe der in der Literatur angegebenen Werte gut ein. Um einige zu nennen: Es geben an: *Reynolds* 31 %; *O. Berger* (1. *Binswanger*, Epilepsie S. 79) 32,39 %; *Gowers* 40 %; *Binswanger* 61,7 %; *Siebold* 74 %; *Bratz* (Neurol. Zentralblatt 1908, Nr. 22) 79,2 %; *Kräpelin* (Psychiatrie) 87 %. Die Zahl steht allerdings zurück gegen die Werte, die namentlich von *Bratz* und *Kräpelin* gefunden wurden; doch wird von beiden Autoren ausdrücklich angegeben, daß es sich bei ihren Arbeiten



um anamnestisch gut bekannte Epileptiker gehandelt habe. Auch der Umstand, daß sich die endogenen Noxen bei dem männlichen Geschlecht häufiger wirksam fanden, als bei dem weiblichen, stimmt mit der Beobachtung von *Bourneville* überein (Gazette hebdom. 1897, Bd. 44 Nr. 26), der die Heredität so verteilt fand: bei M. 87 %; bei W. 61,9 %, und mit der Beobachtung von *Finckh* (Archiv für Psychiatrie 39, 1905, S. 829), der für M. 75 %, für W. 71 % fand. Auch die Fälle ohne Ätiologie stehen mit 22,9 % nicht im Widerspruch zu *Siebolds* Wert von 25 %. Es entsteht also der Eindruck, daß die Epilepsie, die in der Pubertät beginnt, keine Besonderheiten in Bezug auf ihre Ätiologie bietet.

Man wird jedoch einige Einschränkungen machen müssen: Es schien mir zu einer gründlichen Erledigung des Themas sehr wichtig, festzustellen, wie es sich denn mit dem Beginn der Epilepsie in den verschiedenen Lebensaltern verhalte. Ich stellte zu diesem Zweck alle Statistiken, in denen ich darüber eine Auskunft fand, zusammen und berechnete in Prozenten die Zahl der Fälle nach ihrem Beginn in den einzelnen Lebensaltern, und zwar für die Zeiten von 0—10, von 10—20, von 20—70 Jahren. Folgende Statistiken verwendete ich dazu: von *Bouchet* und *Cazaurieith*, von *Beau*, von *Berger*, von *Tereszkiewicz*, von *Gowers*, von *Russel*, von *Lange*, von *Delasiauve*, von *Binswanger*, insgesamt 3934 Fälle. Daraus ergab sich: Beginn der Epilepsie von 0—10 in 34,36 %; von 10—20 in 39 %; von 20—70 in 26,64 %.

Dieses Resulat verglich ich mit der Statistik, die *Hasse* in *Virchows* Handbuch, I. Abt., Bd. IV., Seite 264 anführt, die ebenso wie meine hergestellt ist und von 995 Fällen handelt. Er gibt an: von 0—10 in 30,7 %; von 10—20 in 36,0 %; von 20—70 in 33,3 %.

Beide Statistiken zusammen ergeben den Durchschnittswert:

0—10 = 32,53 %
10—20 = 37,5 %
20—70 = 29,97 %.

Man kann einwenden, das 2. Dezennium sei nicht als Pubertätszeit zu rechnen; aber ganz abgesehen davon, daß alle Statistiken nur nach Dezennien geordnet sind, muß man doch zugeben, daß die Pubertätszeit eine garnicht genau durch Zahlen zu determinierende Epoche ist, und daß in der Literatur selbst die mannigfachsten An-

gaben über sie vorhanden sind; und bei meiner Arbeit fand ich gerade 2 Fälle, bei denen im 10. Jahr Eintritt der menses und Einsetzen des ersten Anfalls angegeben war. Ferner: aus einigen Statistiken, in denen der Beginn der Krankheit für jedes einzelne Jahr vermerkt ist, z. B. bei *Gowers*, geht ein deutliches Steigen der Morbiditätziffer vom 10. Jahre an hervor. Da nun, wie *Vogt* in dem 1910 erschienenen Buch: Epilepsie im Kindesalter, „ganz entschieden feststellt", es gerade die ersten Jahre der sich entwickelnden Geschlechtsreife sind, die hinsichtlich des Ausbruchs der epileptischen Erkrankung die bedenklicheren sind, so ist aus dem Anstieg der Morbiditätziffer vom 10. Jahre an der Rückschluß gestattet, daß bereits von dieser Zeit an die Pubertät in irgend einer Weise wirksam ist.

Man darf also wohl, ohne grob zu irren, den für das 2. Dezennium gefundenen Wert von 37,5 % auf die Pubertätszeit rechnen und sagen, die Epilepsie beginnt am häufigsten in der Pubertätsperiode.

Daß an dem die Pubertät im engeren Sinne, die Geschlechtsreife, einen wesentlichen Anteil hat, scheint durch einiges aus meinen Beobachtungen bekräftigt zu werden. Hierher gehört das verschiedene Durchschnittalter beim Auftreten des ersten Anfalls, das bei dem Teil mit früherer Geschlechtsreife niedriger ist, nämlich 13,43 Jahre; während es sich bei dem männlichen Teil auf 16,00 Jahre stellt. Ferner sind in dieser Hinsicht 35 Fälle bemerkenswert, bei denen der Eintritt der 1. Menses angegeben war. Für diese 35 Fälle zeigt sich ein zeitlich ganz naher Zusammenhang zwischen dem 1. Anfall und dem Beginn der Menstruation; die Durchschnittzahl lautet für die 1. Menses 14,4 Jahr; für den 1. Anfall 13,9 Jahr. In 38 % aller weiblichen Anamnesen waren ferner Beziehungen zwischen Menses und Anfällen verzeichnet.

Sofern man nun bloß die im Verlauf der Untersuchungen gefundenen Zahlenwerte in Betracht ziehen wollte, könnte man jetzt schließen und sagen: In keiner Lebensperiode beginnt die Epilepsie so häufig wie in der Pubertät. Die Pubertätsepilepsie stellt also das größte Kontingent zu der Epilepsie überhaupt. Die Frage nach der Ätiologie der Pubertätsepilepsie fällt demnach zusammen mit der Frage nach der Ätiologie der Epilepsie schlechthin, und die Antwort muß auf beide Fragen gleich lauten. Diese Arbeit versuchte zu zeigen, daß dies in der Tat der Fall ist.

Eine Gruppe von weiblichen Fällen erfordert jedoch noch eine gesonderte Besprechung. Sie sind in der Seite 333 gegebenen Statistik unter die Fälle „ohne Ätiologie" gerechnet. Unter dieser Rubrik habe ich zwei Reihen von Krankengeschichten zusammengefaßt, nämlich solche, bei denen die anamnestischen Daten unvollständig waren und dadurch eine spontan entstandene Epilepsie vorgetäuscht wurde, und solche, bei denen trotz der Möglichkeit eingehendster Erkundigungen irgend welche ätiologisch in Betracht zu ziehenden Momente nicht angegeben werden konnten. Von dem hohen Wert von 32,57 % insgesamt fallen 23 % auf die letztgenannte Gruppe. Ihnen stehen 8 % von 13,24 % der männlichen Fälle gegenüber. Dies ist eine auffallende Differenz; denn sieht man die 8 % männlichen Fälle als normal an insofern, als auf allen Alterstufen eine gewisse Menge Epileptischer ohne ätiologische Faktoren gefunden worden, so ist doch die Zahl der weiblichen Fälle dieser Art ganz ungewöhnlich groß. Studiert man diese Fälle eingehender, so kommt man in der Tat zu dem Schluß, daß hier die Pubertät als Ätiologie der Epilepsie in Betracht zu ziehen ist, sei es daß sie allein die zentrale Zustandänderung, die epileptische Veränderung, hervorruft; sei es, daß sie eine ganz minimale und verborgen gebliebene hereditäre Belastung zur epileptischen Krankheit zu komplementieren vermag.

So führt die Arbeit schließlich vor die Diskussion der Frage, ob es fernerhin praktisch ist, den Begriff der Pubertätsepilepsie in dem weiteren Sinne zu gebrauchen? Ob es von Vorteil ist, den der Größe nach wesentlichsten Bestandteil eines Komplexes mit einem Namen von dem Charakter eines Gruppennamens zu belegen; zumal wenn dieser Bestandteil durch eine spezifische Ätiologie als eine besondere Gruppe nicht isoliert werden kann? Ob es nicht von größerem Vorteil ist, diesen Namen auf jene wenigen Fälle einzuschränken, die in Bezug auf ihre Ätiologie angewiesen sind auf die Pubertät; Fälle, für die der Satz *Ziehens* gilt, daß sich der Eindruck sehr bestimmt geltend macht, daß die erbliche Belastung eine sehr geringe und die Pubertät als solche eine größere Rolle spielt.

n Beitrag zur Psychologie der Fahnenflucht.

Von

Dr. **Max Rohde,**

Assistenzarzt im 7. Rheinischen Inf.-Reg. Nr. 69,

kommandiert zur Heilstätte für Nervenkranke Haus Schönow.

Es ist über Fahnenflucht bereits so viel gesagt und geschrieben len, daß es überflüssig erscheinen mag, die Literatur darüber weiter zu vermehren. Speziell *Stiers* Arbeit „Fahnenflucht und laubte Entfernung" behandelt dieses Kapitel wohl nahezu er- ɔfend. Wenn auch ich im folgenden versuchen will, einen Beitrag zu liefern, so mag dies gewagt erscheinen. Ich glaube indessen, der im folgenden zu erörternde Fall auch für weitere Kreise ɜs Interesse beanspruchen kann.

Es handelt sich um den am 24. II. 1887 geborenen, also 22 jährigen [1]) ɜtier W., welcher unehelich geboren und erblich belastet ist. Seine r ist vor 12 Jahren an ihm unbekannter Krankheit gestorben. Eine ster derselben trinkt stark, ein Bruder befindet sich, wie aus den ellten Ermittlungen hervorgeht, seit 1903 in der Irrenanstalt Saar- ıd wegen einer auf dem Boden des chronischen Alkoholismus ent- nen Paranoia chronica hallucinatoria. Von den Verwandten des E. sollen nach einer Auskunft des dortigen Bürgermeisteramtes mit „Fallsucht" belastet sein. Näheres über seine Familie ist nicht ieren. W. selbst ist in seinem Zivilberuf Schmied. Einer seiner ɜn Arbeitgeber hält ihn für einen Burschen, bei dem etwas im Kopf ganz richtig sei, ein anderer hält ihn für geistig nicht normal, er llerhand törichte Einfälle, so habe er unter anderem einmal ohne e mit einem Gewehr auf einen Mitarbeiter geschossen. Unbe- , mit W. nicht verwandte Leute aus Bitsch heben hervor, daß er schlossener Mensch sei, der sich von seinen Kameraden zurück- ı habe, und auch seine einstige Lehrerin hebt hervor, er sei wohl anz normal. Er ist von einer vierklassigen Schule mit 14 Jahren ıgen und hat dort gut gelernt. Speziell Rechnen und Auswendig- st ihm nicht schwer gefallen. Ja, er ist, wie er auch selbst stolz ebt, in den letzten Jahren stets Erster gewesen. Über seine früheste

[1]) Die Beobachtung der Fälle erfolgte im Sommer 1909.



Jugend weiß er nichts, angeblich ist er stets gesund gewesen. Bettnässen, Krämpfe und dergleichen werden negiert, ebenso will er nie geschlechtskrank gewesen, insonderheit nicht luisch infiziert sein. Was seinen Beruf angeht, so ist bereits erwähnt, daß er Schmied ist. Er hat als solcher öfters seine Stellen gewechselt, zeitweise auch als Arbeiter sich beschäftigt. Er scheint seinen Dienst leidlich versehen zu haben, doch verdient die Auskunft des einen Arbeitgebers Erwähnung, wonach W. zwar ein tüchtiger Arbeiter sei, aber sehr zu Widerspruch gegen den Aufseher geneigt habe. Im Jahre 1900 hat W. einmal einen Schuß in den rechten Arm und das rechte Bein erhalten und will — genaue Angaben fehlen — damals 5 Minuten bewußtlos gewesen sein, auch nachher Übelkeit verspürt haben. Kein Einnässen usw., dagegen habe er am folgenden Tage Schwindel gehabt, den er als echten Vertigo schildert. Die Richtung der Drehung der Objekte vermag er nicht anzugeben.

Hervorgehoben muß auch die Angabe werden, daß er in der Lehre nachts öfters im Schlaf aufgeschrien habe und hochgefahren sei; er habe dann teils geschrien, teils gesungen, ohne daß er davon etwas gewußt habe. Nachtwandeln sei nicht vorgekommen. Er selbst gibt an, oft unruhig geträumt zu haben; er tue es auch jetzt noch oft. Meist habe er dann geträumt, er sei auf Reisen, wobei es ihm im Traum oft schlecht ergangen sei, namentlich sei er verfolgt worden, Ideen, die als Ursache seiner jetzigen Strafhandlungen wohl mit in Betracht kommen könnten. Erwähnt sei übrigens gleich hier, daß er in seinem bürgerlichen Berufe nie mit dem Strafgesetze in Konflikt gekommen ist. Die Verfolger im Traumleben seien Fremde, z. T. Indianer gewesen, die Gegend unbekannte Wildnis. Auf Befragen gibt er an, viel Indianergeschichten und dergleichen gelesen zu haben; besonders daran gefallen habe ihm, wie die Indianer die Weißen verfolgten und quälten. Das Gefühl, selbst skalpiert zu werden, will er nie gehabt haben. Freude an Tierquälereien wird negiert.

Sehr charakteristisch ist ein selbstverfertigter Lebenslauf, in dem er sehr phantastische Angaben macht, die z. T. im Sinne einer Pseudologia phantastica m. E. zu deuten sind. Dieser Lebenslauf spiegelt deutlich den Psychopathen wieder und paßt auch ausgezeichnet zu seiner Lektüre: Übertreibungen, tönende Redensarten, Effekthaschereien, Witzelsucht, Renommistereien spielen hier eine große Rolle, es finden sich aber auch einige leicht an das Gebiet der organischen Psychosen anklingende Sätze, worauf ich noch zurückkomme. Ich will hier nur das angeben, was W. über Alkohol und Nikotin sagt, sowie über Herumtreibereien, das den Stempel des phantastischen Renommierens auf der Stirn trägt und zweifellos zur weitestgehenden Vorsicht bei Bewertung seiner Angaben zwingt:

„Ich bin immer über Nacht in Stellung gezogen und über Nacht verschwunden. Kleider ließ ich meist zurück, um nicht übermäßig bepackt zu sein. Ich könnte heute ein reicher Mann sein, aber ich hatte das Unglück keine vollen Gläser sehen zu können, jedoch verschmähte



ich leichtere Getränke. Branntwein trank ich mit 14 Jahren wie Wasser. In dem letzten Jahr trank ich bloß Absinth, da mir der gewöhnliche Branntwein nicht mehr stark genug war. Dabei ist es selbstverständlich, daß ich immer benebelt war."

Immerhin scheint W. in der Zeit vor seinem Eintritt beim Militär stark getrunken zu haben. Wenigstens scheint mir die Angabe, die er mir ein andermal machte, nicht ganz unglaubhaft, er habe täglich 5—6 Glas Absinth, außerdem ½ Liter Schnaps getrunken, während der Jahre 1903 bis 1908. Geraucht habe er wöchentlich drei Packete Tabak zu 120 g. Erwähnt sei, daß er längere Zeit als Heizer auf einer Bahn tätig war, wo er, wie er angibt, viel Durst gehabt und stark getrunken habe. Seit dieser Zeit habe er auch nicht mehr soviel vertragen.

Die Frage seines Sexuallebens bedarf genauerer Erörterungen, steht sie doch im Mittelpunkt der Strafhandlungen, die ich nunmehr zu erörtern habe.

Nachdem W. im Oktober 1908 bei einem Infanterie-Regiment eingetreten war, entfernte er sich scheinbar ohne Grund — es ging ihm beim Militär ganz gut — am 19. I. 1909 von seinem Truppenteil, um sich nach Luxemburg zu begeben. Er selbst gibt als Grund Furcht vor Strafe an, weil ein Notizbuch von ihm gefunden sei, in das er allerhand von Frauenzimmern geschrieben habe. Es entspricht dies im allgemeinen den Tatsachen. W. ist dann bereits nach wenigen Tagen freiwillig zurückgekehrt und wurde durch kriegsgerichtliches Urteil wegen Fahnenflucht zu 3 Monaten Gefängnis verurteilt, die er in W. bis zum 21. IV. 1909 verbüßte. Nachdem er dann einige Tage Dienst gemacht hatte, verließ er am 2. V. wiederum die Truppe. Er ist damals nach S. gefahren, wollte angeblich von dort nach Hause zu Fuß gehen und kam abends durch ein Dorf, wo er früher gearbeitet hatte. Dort ist er, da dort gerade Kirmes war, bis 5. V. geblieben, dann weitergezogen und wurde schließlich in der Nähe seiner Heimat B. von einem Gendarmeriewachtmeister aufgegriffen. Angeblich will W., der beide Male in Uniform entwichen war, nur Sehnsucht nach seinem Mädchen und keine Aussicht auf Urlaub gehabt haben. W. ist dann wegen Fahnenflucht im ersten Rückfall am 27. V. 1909 vom Kriegsgericht zu 2 Monaten Gefängnis verurteilt. Inzwischen aber tauchten Zweifel an seiner Zurechnungfähigkeit auf, und so wurde er denn auf Antrag des Bataillons durch den Gerichtsherrn, der zugunsten W.s Berufung einlegte, aus der Haft entlassen und dem Garnisonlazarett zur Beobachtung überwiesen. Der Bericht des Bataillons hebt hervor, daß das verschlossene, scheue Wesen W.s seinen Stubenkameraden seit langem aufgefallen sei, ferner daß W. am 17. V. 1909 seinem Kompagniechef die dringende Bitte vortrug, ihn zu einem in seiner Heimat B. garnisonierenden Truppenteil versetzen zu lassen, weil er glaube, fern von seiner Heimat dem Drange zu entweichen nicht widerstehen zu können, endlich daß er gerade in seine Heimat entwichen sei, wo, wie er sich bei ruhiger Über-



legung sagen mußte, seine Ermittlung und Festnahme zweifellos habe erfolgen müssen.

In seinem schon erwähnten Lebenslauf witzelt er darüber in ähnlicher Weise wie in dem angegebenen Stück und schließt: „Endlich brach der 27. V. an. Die Sonne schien wunderschön, als ich zum Gericht geführt wurde. Nach längeren Auseinandersetzungen erhielt ich die zweite Auszeichnung von 2 Monaten. Am 3. VI. wurde ich ins Lazarett gebracht. Was ich da soll, verstehe ich nicht recht. Auf meiner Tafel steht 1908, bloß hat der Schreiber die Null fortgelassen. (Auf der Krankentafel steht 198, d. h. die Nummer der Rapportanweisung für zur Beobachtung aufgenommene Fälle.) Er schließt dann mit dem „Vers": „Verflucht sei die Zeit und Stunde, wo ich dich, T... (Name der Garnison), erblickt, du schlugst in mein Herz eine Wunde und dies vergesse ich nicht".

Wie sich im Lebenslauf die Sucht zum Renommieren u. dergl. zeigt, so zeigt sich eine ethische Verkümmerung, die ja auch hier schon hervortritt, auch recht klar aus folgender sehr charakteristischen Vernehmung W.s:

Wenn Sie ein Portemonnaie mit 50 Pf. fänden, was würden Sie damit tun? „Wenn ich wüßte, wems gehört, abgeben, sonst behalten." Aber mit 100 M. Inhalt? „Wer so damit umgeht, dem schadet's nicht." Wenn es aber ein Armer verloren hat? „Der wird's schon sagen." Wäre es schlimm, wenn Sie es behielten? „Nein, da könnt man nicht weit mit laufen." Was gefällt Ihnen denn so am Weglaufen? „Da sieht man fremde Gegend."

Sehr deutlich tritt der Defekt auf ethischem Gebiete aus der Art und Weise hervor, wie er über geschlechtliche Dinge redet. Ich habe darauf noch näher zurückzukommen. Hier sei nur erwähnt, daß seine Phantasie durch Gedanken an schmutzige und unsittliche Geschichten, die er häufig aufschreibt und auch nach Angabe seines Kompagnieoffiziers unter seine Kameraden bekannt gegeben hat, beherrscht wird — ihren Inhalt auch nur anzudeuten verbietet sich von selbst. Ohne das geringste Schamgefühl spricht er über seinen Geschlechtsverkehr mit einer „Cousine" sowie seine Onanie, mit einem gewissen Zynismus freut er sich seiner schmutzigen Gedichte, die er z. T. selbst verfertigt hat — und hat dabei das Aussehen des harmlosesten, einfältigen Menschen.

Fortgesetzte Hinweise auf diese „Cousine", aus Sehnsucht nach der er fortgelaufen sei, veranlaßten mich, in dieser Richtung genauer nachzuforschen, und dabei ergab sich folgendes: Bei W.s Fortlaufen spielen zwei Momente mit, sexuelle Aufregung, die sogar halluzinatorische Erregungzustände herbeiführt, und zugleich ein anderer Affekt, namentlich Ärger, der bei diesem schwer belasteten Dégénéré zu vereinzelten Verfolgungsideen führt.

Er selbst gibt an, daß nur das Zusammenwirken dieser beiden Momente zum wirklichen Fortlaufen führe, eins für sich reiche nicht aus, und in der Tat habe ich in der Beobachtungzeit derartiges feststellen



können. So sagt er: „Wenn ich nicht aufgeregt werde, laufe ich nicht weg. Wenn mich einer ärgert, dann kommt die Cousine, dann muß ich weg. Ich weiß nicht, es ist, als ob mich etwas fortzieht, ich wollte wohl bleiben, aber ich konnte nicht widerstehen." Was zog Sie? „Es ist solch Verlangen, mit der Cousine zu verkehren."

Diese Cousine ist ein Mädchen in B., mit dem W. vor seiner Militärzeit mehrfach geschlechtlich verkehrt hat, und an der er — übrigens ohne die Absicht sie zu heiraten — Gefallen gefunden hat, so daß ihn ihre Vision mit aller Gewalt zur Entweichung treibt. Es spielt hierbei wohl auch die aus früher Jugend stammende Richtung seines Sexuallebens mit. Er gibt in durchaus glaubhafter Weise an: Die erste Pollution sei im 15. Jahre erfolgt. Er sei damals mit der Dampfdreschmaschine gegangen, da sei ein Heizer gewesen, der vor seinen Augen onaniert habe. Da er, W., damals noch nichts davon gewußt habe, habe der es ihm gezeigt. Seitdem habe er, W., es zuerst 3 Wochen lang täglich, dann regelmäßig etwa dreimal in der Woche getan. Mit 17 Jahren habe er zuerst mit einem Mädchen verkehrt, aber die Selbstbefriedigung habe ihm doch besser gefallen, bis — und das ist der springende Punkt — er die Cousine kennen lernte; erst der Verkehr mit ihr, einem nach der Photographie durchaus nicht reizvollen Wesen, habe ihm besser gefallen wie die Onanie. Sonst habe er die Onanie jedem Geschlechtsverkehr vorgezogen. Von ihr habe er stets wollüstig geträumt, nie von anderen Mädchen, ja, beim Verkehr mit diesen, sowie bei der Onanie habe er stets an jene gedacht.

So kam W. zum Militär, in ganz andere straffe Verhältnisse, weg von der rein körperlich geliebten „Cousine". Karten und Briefe von ihr erhöhten sein Verlangen, seine Phantasie schwelgte in sexuellem Schmutz, der durch Lektüre minderer Art genährte Wandertrieb lockte, so kam es, wie ich vorerst allgemein sagen will, zu einer Exaltation, wobei ich mich nur an die zweite Entfernung halte: Beim Bataillonexerzieren wird er wegen seines Wesens getadelt, auch, wie er angibt, Festungsbruder genannt, und nun tritt, nach seiner Angabe, infolge des Ärgers die Vision ein. Er sagt: „Bloß wenn ich mich geärgert habe, dann sehe ich meine Cousine, sie sieht mich dann so an, und dann muß ich fort." Gesprochen habe sie dabei noch nie, er sehe sie mit offenen Augen in natürlicher Größe. Daß es Einbildung sei, glaube er nicht. Er will solche Vision zuerst 1908 gehabt haben, in letzter Zeit etwa alle 14 Tage. Fortgelaufen sei er jetzt bei gleichzeitigem Ärger, der ihn daran hindere, sich zu beherrschen, auch sei, sowie ihm die Cousine erscheine, stets Erektion da als Folge. Er schildert ihre Kleidung, die stets weiß oder blau sei, ohne Hut. So sei sie ihm auch an dem fraglichen Tage am Waldesrande erschienen, als er sich über den Unteroffizier ärgerte, und habe ihn mit den Augen so bittend angesehen. Auf dem Nachhausemarsche habe er weiter gegrübelt und dabei fortwährend ihre Augen gesehen, die ihn so anzögen; dadurch habe er sich noch weiter aufgeregt, und so habe er fortmüssen. Vorher habe er nicht ans Fortlaufen gedacht.



Weshalb erscheint sie denn wohl? „Weil ich in der Aufregung alles getan hätte.“ Also um Sie zu beruhigen? „Ja.“ Angst vor Strafe? „Nein, ich mußte ja fort.“ Nachts sei sie ihm auch öfters erschienen, aber da sei es Traum, am Tage Wirklichkeit. Er gibt zu, eifersüchtig zu sein, weil die Cousine noch andere Verehrer habe, doch treibe ihn das nicht fort, nur das Zusammenwirken von Ärger und Erscheinen der Cousine. Dem, der ihn ärgere, würde er wohl an den Hals, aber er denke beim Anblick der Cousine: Laß ihn laufen. Anders sei es bei dem, der ihn am Weglaufen hindern wolle: — ich sehe darin zum Teil Prahlerei — „da heißt's: er oder ich“. Diesem wirklich erfolgten Weglaufen steht nun ein nächtliches Aufstehen ohne Ärger und — demgemäß, möchte ich fast sagen — ohne Fortlaufen gegenüber. Es stellte sich nämlich heraus, daß W. in der Nacht von 15. zum 16. Juni von etwa 4—6 Uhr früh nicht auf seiner Stube gewesen war. Nachdem er zuerst versucht hatte, hinter der Angabe sich zu verschanzen, er habe nur in einem anderen Block nach dem Rechten sehen wollen, gab er schließlich zu, er habe nach unruhigen sexuellen Träumen sich eine Weile auf dem Bette umhergewälzt, ohne schlafen zu können, weil er immer an die „Cousine“ habe denken müssen. Erschienen sei sie ihm nur im Traum. Er gab auf Befragen zu, eine Pollution gehabt zu haben. (Bei einer von mir vorgenommenen Untersuchung der Bettwäsche fand ich reichliche Spermaspuren.) Er sei mit erigiertem Penis erwacht, habe etwa ½ Stunde in diesem Zustand dagelegen, es sei dann ohne Onanie zur Ejakulation gekommen. Der Samenerguß habe ihn immer unruhiger gemacht, er habe an sein Zusammensein mit der Cousine denken müssen und, trotzdem er versucht haben will, dagegen anzukämpfen, den Gedanken nicht loswerden können. Es sei so gewesen, daß er wohl fortgelaufen wäre, wenn er nicht Ruhe bekommen hätte. Zuletzt habe er Anfang Juni onaniert. Den wollüstigen Traum mit der Cousine habe er gleichsam weitererlebt.

Weshalb in der Nacht nicht fortgelaufen? „Ich wollte versuchen, mich zu bekämpfen, ich habe es auch sonst versucht, aber es ging nicht“. Weshalb nicht? „Ja, jetzt war keiner, der mich ärgerte; wäre solcher beigewesen, so wär's schlimmer geworden, dann wäre ich fortgelaufen.“ Dann sei wohl auch die Cousine erschienen. Er meint auch, er würde wohl auch nicht weit gekommen sein wegen der Krankenkleidung. In Uniform hätte er es wohl getan. Zögernd gab er mir zu, ans Fortlaufen gedacht zu haben.

Die frische Luft habe ihn ruhiger gemacht. Beim Heraustreten aus der Tür habe er sich nach dem Posten umgesehen. Das beim Aufstehen trotz der Ejakulation schon wieder erigierte Glied sei bei seinen — sehr ernsten — Überlegungen fortzulaufen erschlafft, und da habe er den Gedanken aufgegeben. Denn beim Fortlaufen müsse das Glied erigiert sein.

Nachher matt? „Ja, aber wenn ich mich wieder hingelegt hätte, hätte das wieder von vorne angefangen.“ Schwitzen, Beängstigungen



werden negiert. Er sei meist im Anzuge weggelaufen, den er gerade anhatte. Diesmal habe er mehr Überlegung gehabt, sonst sei er viel aufgeregter gewesen. Ihn mache die Aufregung, und besonders das Erscheinen der Cousine verrückt, es hindere ihn beides an der Onanie, er habe dann eben nur das Bedürfnis nach der Cousine, nicht nach Selbstbefriedigung. In der ersten Aufregung würde er jedes Weib gebrauchen, wenn sie sich nicht sträube; Aufregung durch Schläge, Gefühls-, Geruchs-, Geschmacksensationen, sowie Anzeichen menstruellen Charakters fehlen, ebenso wird Zuneigung zum eignen Geschlecht negiert. Der Anus ist gerunzelt, der Schließmuskel gut kontrahiert. Vor dem Weglaufen bestehe kein besonderer Drang nach Alkohol, doch sei dieser manchmal unabhängig davon sehr stark gewesen. Wenn er fortgelaufen sei, habe er sich oft betrunken, doch sei er nicht deshalb fortgelaufen, nur wegen der Cousine. Zu allem dem kommt nun die eine Verfolgungsidee, der Unteroffizier, der ihn Festungsbruder genannt hat, einer der gutmütigsten Menschen, unter dem W. nach Angabe seines Kompagnieoffiziers sicher nichts zu leiden gehabt hat, soll ihn auf die Festung bringen wollen.

Die Intelligenzprüfung, die ich genau nach dem auf der *Ziehen*schen Klinik üblichen Verfahren anstellte, ergab nicht den leisesten Defekt. Das *Ebbinghaus*sche Schema wurde z. B. in 4 Minuten fehlerfrei ausgefüllt, alle Antworten erfolgten sehr prompt. Auch das Allgemeinwissen ist gut. Das waren im Auszug die Ergebnisse des psychischen Status.

Körperlich bietet W. nur wenig Bemerkenswertes. Er hat keine auf Epilepsie hindeutenden Narben usw. Die Stirn ist, besonders in der Mitte, etwas abgeflacht; die Organe der großen Körperhöhlen sind gesund.

Bittermandelwasser wird bei mehrfacher Prüfung (auch links zuerst geprüft) stets $l > r$ gerochen (Nase ohne krankhaften Befund) und $r > l$ geschmeckt. Spitz und stumpf wird überall richtig unterschieden, doch wird am ganzen Körper Durchstechen einer Hautfalte nur eben als leichter Stich, nicht als Schmerz empfunden. Ein Unterschied in den einzelnen Körpergegenden besteht nicht. Keinerlei Zucken des Gesichts bei den tiefsten Stichen. Stiche in die Nasenschleimhaut führen zu leichten Abwehrbewegungen. Der Würgreflex ist schwach vorhanden. Keinerlei Druckpunkte. Beim *Romberg*schen Versuch *Rosenbach*sches Lidflattern. Sonst ergibt eine genaue Untersuchung des Nervensystems nicht das mindeste Krankhafte.

Es geht aus Vorstehendem zur Genüge hervor, daß es sich um eine erblich-degenerative, vielleicht auch noch alkoholistische psychopathische Konstitution handelt, wobei ich noch die Pavor nocturnus-artigen Anfälle in der Jugend sowie die spezielle Epilepsieheredität außer acht lasse. Im wesentlichen ließen sich Ws Handlungen und



Angaben dieser Kategorie unterordnen, und man könnte dann folgendermaßen schließen:

Er ist ein schwer belasteter, willenschwacher Mensch, der durch ungeeignete Lektüre, mangelhafte Erziehung noch mehr Psychopath geworden ist, der, in früher Jugend auf die falsche Bahn des Sexuallebens gelenkt, durch eine gewisse Unmäßigkeit — selbst wenn man von seinen Übertreibungen absieht — in venere, worunter ich besonders auch die körperliche und die Gedankenonanie mit verstehe, in tabaco, in baccho weiter entnervt ist. So ist er unfähig, etwaigen Verlockungen seiner sehr regen Phantasie Hemmungen entgegenzusetzen, zumal im Affekt, wozu ich den Ärger rechne. Immerhin wohnt in diesem — ich möchte sagen pervers veranlagten — Menschen, der die Onanie jeder normalen geschlechtlichen Befriedigung vorzieht, soviel gesunder Trieb, daß er zum normalen Geschlechtsverkehr treibt. Aber dieser physiologische Trieb ist durch die pathologischen Triebe überwuchert, modifiziert und konzentriert sich auf ein bestimmtes nicht eben reizvolles Wesen mit tierischer Gewalt, angestachelt durch die Phantasie, die ihn völlig in der Gewalt hat. Sie zaubert ihm das Bild der „Geliebten" vor und bedingt eine — ich möchte sagen — Geistesabwesenheit, die ihn mitten bei seiner Beschäftigung anpackt. Er bewegt sich in Gegensätzen. So ruft ihm der Ärger, der Affekt — so möchte ich es erklären, ohne Ärger fehlt ja die Vision — das Entgegengesetzte, das Angenehme vor Augen, es beruhigt ihn und hindert ihn an Gewalttaten, wie er sagt; und diesen beruhigenden Einflüssen verleiht er — naturgemäß unbewußt — das Bild der Geliebten, die ihm — über das Wie habe ich noch zu reden — erscheint. Sie allein ist begehrenswert, und so hindert diese eine überwertige Idee das Aufkommen anderer z. B. seinen Peiniger anzupacken („ach laß sie"), aber sie regt ihn auch auf. Es kommen nicht nur diese an sich menschlich-idealen Züge zum Vorschein, daß die Liebe besänftigt, sondern sie greift entsprechend der mehr tierischen Richtung dieser sogenannten Liebe über ins Tierische, er muß mit unwiderstehlicher Gewalt fort, muß das Sexualbedürfnis, das dieses rein körperlich geliebte Wesen ihm verleiht, das zur Erektion, zum Orgasmus mitten im Dienst führt, befriedigen, sodaß er jeden, der ihn daran hindert, niederschlagen könnte; durch Grübeln — und dies Grübeln ist schon auffallend — kommt es zur Hyperhedonie, zum Überwiegen des einen mit ele-

mentarer Gewalt, wie es zuerst scheint, positiv gefühlsbetonten Gedankens. Strafe, Pflicht gelten nichts, er wird fahnenflüchtig, sobald bei Ärger die Geliebte erscheint. Aber — und nun kommt das sehr Merkwürdige, was allerdings seine Aufklärung auch findet — das Inkonsequente, er geht nicht direkt zu ihr, sondern treibt sich tagelang auf der Kirmes umher. — In der Nacht, wo die Vision als solche unterblieb, treten Hemmungen auf. Zwar folgte der ersten Ejakulation sofort eine neue Erektion, die ihn auftrieb. Aber die Hemmungen und Überlegungen vertrieben diese, so bleibt er hier, dort kommt's zur Strafhandlung. So kann man, wenn man solche Überlegungen walten läßt, W.s Fahnenflucht als eine Art Zwangshandlung auffassen, die sich aus der Zwangsvorstellung herleitet und die Zurechnungfähigkeit — zumal beim willensschwachen Psychopathen — aufhebt (*Krafft-Ebing*).

Krafft-Ebing führt in dieser Hinsicht aus: Die Handlung ist hier eine psychisch vermittelte, die Tat aber erzwungen durch einen zu unerträglicher Höhe gesteigerten Affektzustand, sie ist eine wahre Zwangshandlung, der Täter nur ein Automat, ein Sklave der ihn treibenden Idee."

Nun ist aber W. ohne die bei derartigen Zwangsvorstellungen geradezu pathognomonische Angst, ihm fehlen zudem ethische, zu Hilfe zu nehmende Vorstellungen — und so kämpft er — wenigstens bei gleichzeitigem Ärger gar nicht oder nur schwach dagegen an, und so ist es keine richtige Zwangsvorstellung, sondern der Fall greift aus der einen Gruppe *Krafft-Ebings*, „wo der Sexualtrieb gesteigert (psychische Exaltationszustände) und zugleich das Bewußtsein getrübt, der psychische Mechanismus zu gestört ist, um die virtuell — hier sehr schwach — vorhandenen Gegenvorstellungen wirksam werden zu lassen" über in jene zweite, „wo dem normalen gesteigerten Sexualtrieb keine sittlichen und rechtlichen Gegenvorstellungen gegenübergestellt werden können, indem solche in Verlust gerieten" — hier infolge ethischer Verkümmerung, wie ich meine —, er greift aber auch, was sich in mancher Hinsicht damit deckt, aus dem Gebiete der echten Zwangsvorstellungen über in jenes andere Krankheitbild, das der echten Zwangsvorstellung sehr nahe steht, das Bild des phrenoleptischen Irreseins, um das es sich hier wohl handelt. Dieses sogenannte phrenoleptische Irresein, das man gerade beim Degenerierten sehr häufig findet, ist hervorgerufen durch überwertige abnorme Vorstellungen, die zu Impulsivhandlungen führen, und tritt meist



ohne Angst sowie ohne klares Krankheitbewußtsein auf. *Ziehen* hebt als besonders häufig dabei überwertige Vorstellungen mit motorischer Tendenz hervor, ohne jedes Ankämpfen gegen dieselben. „Dementsprechend" — so fährt *Ziehen* fort, und das alles ist m. E. nahezu wörtlich auf W. anwendbar — „fühlt der Kranke, wenn er der überwertigen Vorstellung nachgibt, auch in der Regel nicht jene unmittelbare Erleichterung und Befriedigung, welche die Zwangsvorstellungen im gleichen Fall begleitet."

Es bleibt indessen m. E. zur endgültigen Diagnosenstellung noch eine Frage offen: Kann es sich nicht um eine beginnende organische Psychose, um eine Dementia hebephrenica handeln?

Wenn ich zunächst davon absehe, daß W. fortgesetzt den Mund schief hält, etwa wie man ihn zum Lächeln verzieht — und das könnte ja eine Stereotypie sein — und zwar deshalb absehe, weil auf einer früheren Photographie Ws. dies schon, wenn auch schwächer angedeutet ist, so ist doch die Angabe seines Kompagnieoffiziers wichtig. Dieser gab mir an, es sei ihm aufgefallen, daß W. in der letzten Zeit der Ausbildung mehrfach die eine Schulter angezogen habe, was früher nicht der Fall gewesen sei. Selbst auf Anfahren habe er diese Stellung nicht verändert, auch sei es ihm aufgefallen, daß W. im Gegensatz zu früher das Kommando nicht beachtet habe, er habe vor sich hingestarrt wie im Traum. W. selbst gab mir dazu an, er habe dann das Kommando nicht gehört, seine Gedanken gingen umher, er denke dann ans Reisen. An anderer Stelle aber sagte er — und das muß beachtet werden — er sei seit Weihnachten viel gleichgültiger geworden, er könne, ohne an etwas zu denken, vor sich hinsehen. Das spricht doch für Gleichgültigkeit oder Apathie, ein Hauptsymptom der Dem. hebephrenica. Nun glaube ich aber, daß das vorhin erwähnte Hochziehen der Schulter nicht als Stereotypie zu deuten ist, vielmehr als der ja so häufige Tic eines Dégénéré, um so mehr als es sich ja bei W. um überwertige Vorstellungen mit motorischer Tendenz — das beweist die Fahnenflucht zur Genüge — handelt, die ja nach *Ziehen* zu stereotypen Bewegungen führen. Die Intelligenzprüfung ist völlig intakt, ein ausgesprochener Defekt in dieser Hinsicht besteht also nicht, dagegen macht sich ein sehr erheblicher Defekt auf ethischem Gebiete und ein gewisser Kombinationsdefekt geltend, letzterer vorwiegend in Inkonsequenzen des Handelns. Hier möchte

ich vor allem hervorheben, was ich schon andeutete: Er läuft um seiner Cousine willen fort, treibt sich aber auf der Kirmes umher, ohne das sexuelle Bedürfnis befriedigt zu haben, und bei der ersten Entfernung kehrt er gar am nächsten Tage freiwillig zurück. Es entspricht die scheinbar eminent starke Erregung nicht der geringen Gefühlsbetonung. Hierher gehört auch das Entweichen in die Heimat, wo er zweifellos ergriffen wird, statt über die nahe gelegene Grenze. Diese Inkonsequenzen können als Anfang eines Kombinationsdefekts aufgefaßt werden, doch ist m. E. durchaus nicht nötig, daß dieser durch eine beginnende Dem. hebephrenica bedingt ist. Zeichnet sich doch gerade der Hereditarier durch die Inkonsequenzen seines Handelns und das Unüberlegte derselben aus. So fallen auch m. E. andere auffallende Momente nicht aus dem Rahmen des Dégénéré heraus, obwohl sie zuerst als recht auffallend erscheinen und an das Gebiet der Hebephrenie anklingen, ich meine hier in erster Linie die Kritiklosigkeit, die sich darin offenbart, daß er die Erscheinung der Geliebten als Wirklichkeit auffaßt, sowie die Unproduktivität der an sich doch recht regen Phantasie, die ihm immer nur das e i n e Bild vorzaubert. Aber auch dies beides läßt sich ohne Dem. hebephrenica erklären. Ihm fehlt ja das Krankheitbewußtsein infolge der Macht der überwertigen Vorstellung, so macht er sich keine Einwände, und dazu kommt die hochgradige ethische Verkümmerung, die zu einer hochgradigen Einengung des Gedankenkreises führt. Auf ethischem Gebiet zeigt sich ein völliger Verfall aller Gefühlstöne, namentlich der Scham, die insofern besonders offensichtlich ist, als W. sich mit seiner Phantasie vorwiegend in der sexuellen Sphäre bewegt hat; so kommt es zu einem vorwiegenden Verweilen auf diesem einen Gebiet, zu einer Einschränkung der Interessensphäre, zu einem Schwinden sittlicher Hemmungen. Diese Einseitigkeit tritt nun auch in der Vision hervor. Die Phantasie ist einseitig, dazu kommt e i n überwertiger Gedanke, der alle andern erdrückt, die Geliebte; so hat er nur diese eine Vision, ohne daß die Vision wegen ihrer Armseligkeit dem Gebiet der Dem. paranoides zugewiesen werden müßte. Auch die fehlende Gefühlsbetonung, das Scherzen über die Straftat paßt durchaus zu dem Bilde des Degenerierten, der eben seinen egoistischen Trieben meist so vollkommen unterworfen ist, daß ihm alles andere gleichgültig ist. Diese Einschränkung der Interessensphäre zeigen

auch die von mir mit W. angestellten *Sommer-Fuhrmann*schen Assoziationen, die sich vorwiegend mit der überwertigen Idee, der Cousine pp. beschäftigen und dazu das egozentrische Moment aufs deutlichste zeigen, das ich, wie ich an anderer Stelle dargelegt habe, als degenerativen Prozeß auffasse. So möchte ich auch die vom Kompagnieoffizier hervorgehobene Gleichgültigkeit erklären. Er macht sich keine Einwände, schaltet alle Hemmungen aus, so wird er im Dienst nachlässig — ohne daß es als Ausfluß einer Demenz aufgefaßt werden muß —, und auf dieser Basis kommt es auch zu dem Renommieren, der pathetischen Art zu reden, denn er hat nicht die Kritik sich zu sagen: „Daß das Lüge ist, muß jeder merken".

So glaube ich den angegebenen Fall doch als ein rein phrenoleptisches Irresein beim Degenerierten auffassen zu sollen, ohne indessen eine Dementia hebephrenica völlig ausschließen zu wollen. Das Vorhandensein einer Flexibilitas cerea, die ich angedeutet zweimal fand, lassen mit manchem Angeführten, obwohl es nicht aus dem Bilde des Degenerierten fällt, doch ein völliges Ausschließen nicht zu. So möchte ich sagen: Ich glaube, daß es keine Dem. hebephrenica ist, sondern nur phrenoleptisches Irresein, sicher behaupten kann ich es nicht. Jedenfalls aber finde ich in dem Fall W. nahezu alles das vereinigt, was *Stier* in seiner Zusammenfassung über die Ursachen der Fahnenflucht — leicht modifiziert — unter Nr. 2—6 sagt:

1. Der Beweggrund des Fortlaufens ist nur selten in einem wohlüberlegten Plan, fast immer dagegen in einem vorübergehenden Affektzustand zu suchen, der ohne genügende verstandesmäßige Kritik in die Tat umgesetzt wird.

2. Sexuelles Verlangen und — was hier zurücktritt — Heimweh sind die stärksten zum Fortlaufen antreibenden Gefühle.

3. Nur selten — was ich aber hier nicht mit absoluter Sicherheit ausschließen will, oder besser gesagt ausschließen kann — ist der Grund des Fortlaufens in echter Geisteskrankheit zu suchen.

4. Sehr viel häufiger — und das tritt hier klar hervor — ist der Grund eine allgemein psychopathische disharmonisch entwickelte Persönlichkeit.

5. Und endlich ist der Grund — wie auch hier — zu suchen in Defekten auf ethischem Gebiet, da bei solchen Individuen der Pflicht-



begriff und andere Begriffe und Gefühle, die einem rein instinktmäßigen Handeln hemmend entgegenwirken könnten, nur ungenügend entwickelt sind.

Endlich — und das will ich als weiteren Punkt noch hinzufügen — scheint mir, wenn auch vorwiegend bei in die obigen Kategorien fallenden Leuten, das Vorhandensein von Traumgebilden und Visionen mitzuspielen; und zwar füge ich das nicht nur nach dem geschilderten Falle hinzu, sondern weil ich noch mehrfach Derartiges habe beobachten können, am deutlichsten an einem zweiten Fall, aus dessen Beobachtungsergebnissen ich hier einiges im Auszug anfügen will, der auch im Gegensatz zu W. das Zustandekommen der Fahnenflucht zeigt nicht auf dem Boden einer echten Halluzination, sondern bedingt durch ein Fortleben eines Traums, der erst später zum Bewußtsein kommt und zur Straftat führt.

Dieser zweite Fall von Fahnenflucht betrifft den am 10. IV. 1888 geborenen Kanonier S., der der Typus einer schweren Imbezillität ist. Er ist erblich belastet, in der Schule sehr schlecht mitgekommen. Besonders Rechnen und Auswendiglernen sind ihm sehr schwer gefallen; „ich konnte es nicht begreifen", sagt er selbst; die Leute im Dorf haben ihn selbst als Narren bezeichnet. Die Intelligenzprüfung ergibt hochgradige, m. E. nur im Sinne einer Debilität zu verwertende Defekte; Zeichen von Dementia hebephrenica fehlen, ebenso ist er kein Psychopath, dagegen einer jener harmlosen Trottel, wie sie der Typ der Imbezillen sind. Körperlich bietet er nur ein Verschleifen, ein Umstellen der Silben, das selbst zu Silbenstolpern führt, wie es ja für den Imbezillen typisch ist (*Ziehen*). An ihm habe ich nun auch gefunden — alles andere übergehe ich —, daß ähnlich wie bei W. die Fahnenflucht eine Folge visionärer Traumgestalten ist, denen seinem Charakter als Naturkind entsprechend rein landschaftliche Dinge, harmlosere wie bei dem Psychopathen W., den Grundton geben. Die folgende Vernehmung im Auszug zeigt auch deutlich die Art der Entfernung, ich brauche ihr also nichts weiter hinzuzufügen:

Bei der Visite erklärte S. plötzlich, es sei so schönes Wetter, er wolle jetzt auf die Jagd und dergl. Bei eingehender Vernehmung ½ Stunde später — sie sofort vorzunehmen, war mir leider durch dringliche dienstliche Obliegenheiten nicht möglich —, sagte er, er habe im Moment wirklich geglaubt, er könne fort. Aggravation liegt m. E. hier nicht vor, das Weshalb auseinanderzusetzen verbietet der beschränkte Raum. Das ursächliche Moment seiner Entweichungen — S. ist schon vor seiner Militärzeit, zum erstenmal als 14jähriger Junge, fünf- bis sechsmal von Hause entlaufen — ist stets dasselbe, ein Traumbild, über das er in echt imbeziller Weise berichtet — hier kann ich leider nur einen Auszug geben —,



ein an sich gleichgültiges Bild, das sich ihm aufdrängt. Er berichtet, er habe in der Nacht geträumt, er sei auf der Jagd; es sei eine ihm unbekannte Gegend gewesen, bergig, in der Mitte ein Tal, wo die Hasen und Rehgeißen durchliefen. Es sei ein ganz großer Haufen gewesen, „da wär's gut rinschießen, man hätt' sie alle getroffen, alle beieinander.“ Er sei morgens um 6 Uhr aufgestanden, habe von da ab das Bild immer noch vor Augen gesehen und immer davon gesprochen, so daß die Leute im Garten ihn ausgelacht hätten (was den Tatsachen entspricht). Er habe sie nicht wirklich gesehen, aber immer vor Augen und im Sinne gehabt, so deutlich, daß, wenn er nur eine Flinte gehabt hätte, er sicher fortgegangen wäre, um den Platz zu suchen und die Tiere zu schießen. Wenn er den Platz nicht gefunden hätte, wäre er wohl zurückgekommen. Er sei kein Jäger, sei auch noch nie — höchstens als kleiner Junge bei einem Onkel — auf der Jagd gewesen, ihm sei es so eingekommen, er solle es tun. Darüber nachgedacht, wie er hier wegkomme, habe er nicht. Er müsse immer viel über seine Träume nachdenken. Stimmen will er nie gehört haben. Er habe es auch noch im Sinne, aber jetzt könne er sich schon sagen, daß es „nichts wie Schwindel, wie solch Narrdings sei“, was er sich vorher nicht habe sagen können, wenn er es — bei offenen Augen — sehe.

So ähnlich sei es auch bei seinem Fortlaufen — der Entweichung von der Truppe — gewesen. Da sei es ihm über dem Mittagdienst eingefallen, er müsse nach einem bestimmten Ort; es sei eine Landschaft (Land, Feld mit Gras und Weizen, dazu ein paar graue Häuser mit rotem Dach) gewesen, die er noch nicht gekannt habe. Dies Bild habe er plötzlich während des Dienstes (wie bei W.) gesehen, und sofort sei ihm eingefallen: das mußt du suchen. So sei er nach dem Dienst fortgelaufen. Geld habe er nur etwa 2 Mk. gehabt, er habe 8 Mk. noch morgens dem Wachtmeister, ohne daß der es ihm abverlangt hätte, für eine Extrahose gegeben. „Ich hätt's sonst behalten, wenn ich's vorher gewußt hätte, aber immer muß ich gehen, wenn ich kein Geld habe.“ „Ich geh dann und geh; weil ich kein Geld mehr hab, verding ich mich beim Bauer, aber nach zwei Tagen muß ich weiter. Ich muß weiter, die Landschaft suchen,“ die er wie im Traum gesehen habe. Es sei Einbildung, wirklich habe er sie nicht im Kopf, aber diese Einbildung treibe ihn fort. Das sei so seit seinem 14. Jahre. „Es ist eine böse Krankheit.“ Während er gehe, rede er mit keinem Menschen, gehe mit starken Schritten vorwärts, während sein Inneres ihn vorwärts treibe — aufs Geratewohl — erst den Platz zu finden. Arbeit zwischendurch nehme er, um Geld zu verdienen, um weiter vorzukommen, und doch sei dann plötzlich der Drang wieder so groß, daß er weiter müsse, und ohne sich Zeit zu lassen, das Geld zu erheben, gehe er wieder los. Er gehe stets ohne Geld, das sei das Komische. Plötzlich reue es ihn dann, er sehe seine Dummheit ein, er mache dann kehrt. Vorher sei er wie im Traum. Im Momente des Weglaufens ver-

suche er nicht dagegen anzukämpfen, er sehe bloß das Bild. Da falle ihm auch nicht das Krankhafte ein, er habe auch nicht Furcht vor Strafe. Das komme erst hinterher.

So jagt S. gleichsam im Traum fortlebend einem lockenden Phantom nach, es pflanzt sich der partielle Wachzustand des Gehirns, wie *Verworn* den Traum nennt, auf den totalen Wachzustand oder besser auf einen die Mitte zwischen beiden innehaltendem fort, und dieses erst ganz allmählich eintretende Erwachen hat seinen Grund in der sehr lebhaften Traumtätigkeit, wie sie sich ja bei Kranken besonders geltend macht (*Verworn*), und anderseits darin, daß sein imbezilles Gehirn nicht so rasch arbeiten, sich nicht so rasch in die Wirklichkeit versetzen kann, wie das intakte. Das gilt m. E. für den hier im Lazarett beobachteten Zustand. Auf Grund dieser Beobachtung glaube ich aber auch, daß die Vision beim Dienst, die zur Fahnenflucht führte, keine echte Vision ist, sondern nur die plötzliche Nachwirkung eines in der Nacht erlebten Traumes, der infolge der Imbezillität erst spät zutage tritt und infolge derselben als Wirklichkeit, nicht als Traum aufgefaßt wird, bei fehlenden Hemmungen. Und nun kommen dazu m. E. unbewußte Erwägungen: Dort, im Lande der Phantasie, im — so möchte ich sagen — Traumlande ist's besser, dort bist du kein Narr, entsprechend dem, was S. in seinem Lebenslauf sagt: „Im Dorfe sagen die Leute nur Narr zu mir, aber ich will es tragen mit Geduld, ich möchte es keinem wünschen, dies Elend." Und das erklärt auch, weshalb sich kein Heimweh geltend macht, weshalb die traumhafte Vision im fremden Land, nicht in der Heimat spielt. Ich glaube wohl, daß derartige Überlegungen unbewußt mitspielen, und daß diese im Traum verarbeiteten Eindrücke als angenehm — unbewußt — versucht werden zu erhalten. Er hat eine, wie ich glaube, durch einen Traum gesetzte überwertige Idee, die bei einem Imbezillen durch das Fehlen von Hemmungen noch stärker wirken kann. Diese überwertige Idee kommt sofort nach dem — partiellen — Erwachen zur Geltung (Beobachtung im Lazarett) oder erst später (mittags beim Dienst). Aus ihr resultiert direkt die Handlung (Fahnenflucht). „In dem rudimentären Spiel der Motive" — ich folge hier genau *Ziehen* — „haben die Vorstellungen gegenüber den Empfindungen fast gar keinen Einfluß. Die Handlung erhält dadurch den Anstrich des Triebartigen." So ist es hier mehr agitierter Schwachsinn auf Grund einer momentan vorhandenen, sich später zurückbildenden Erinnerungs-



entstellung, indem der Traum für Wirklichkeit gehalten wird, infolge Unfähigkeit, sich der Sachlage anzupassen. Ich glaube allerdings, daß zum Fortleben des Traumes und gar erst zum Auftreten mitten am Tage mit Aufnahme als Wirklichkeit ein gewisser Defekt nötig ist. Und so könnte man auch W.s Vision der Geliebten als neu auflebendes Traumbild auffassen, was ich aber nicht glaube.

Immerhin ist es interessant, wie bei S. sowohl wie bei W. mitten im Dienst Traumgestalten, Visionen auftauchen und eine überwertige Vorstellung derart verstärken, daß es zur Straftat kommt; man sieht, wie auf dieser Basis gleichsam geistige Eindrücke, über die psychische Schwelle gehobene Erinnerungsbilder — sei es im Wachen, sei es im Traum auftretende — zur motorischen Entladung, zum Wandern führen.

Und so möchte ich überhaupt jenen traumartigen Visionen — wenigstens bei dafür disponierten Individuen, wie sie ja meist als Fahnenflüchtige in Betracht kommen — einen nicht unbedeutenden Einfluß als auslösendes Moment einräumen, ich möchte sie als eine „traduction sensorielle" auffassen, die der impulsiven Vorstellung mehr Kraft gibt, soviel Kraft als nötig ist, eine Straftat zu begehen. Ich glaube auch aus anderen von mir beobachteten Fällen schließen zu sollen, daß derartige oft an der Grenze des Physiologischen und Pathologischen stehende Momente bei so manchen derartigen Fällen hervortreten könnten, aber meist im Inneren verschlossen gehalten werden.

Ich bin am Ende meiner Darlegungen, die, wie ich hoffe, einige Streiflichter auf die Fahnenflucht und auf die menschliche Psyche in ihren so mannigfachen Wandlungen zu werfen imstande sind.

Es sei mir am Schlusse gestattet, Herrn Geheimrat Professor *Ziehen* für die freundliche Durchsicht der Arbeit meinen gehorsamsten Dank auszusprechen.

Literatur.

1. *Kraepelin*, Psychiatrie, 7. A. Leipzig 1904.
2. *v. Krafft-Ebing*, Psychopathia sexualis, 12. A. Stuttgart 1903.
3. *Schultze*, Beitrag zur Lehre von den pathologischen Bewußtseinsstörungen. (Allg. Zeitschr. f. Psych., Bd. 55, 1898).
4. *Stier*, Fahnenflucht und unerlaubte Entfernung, Halle a. S. 1905.
5. *Verworn*, Die Mechanik des Geisteslebens, Leipzig 1907.
6. *Ziehen*, Psychiatrie für Ärzte und Studierende. 2. A. Leipzig 1902.



Die Abnahme der Frequenz des Delirium tremens in Breslau im Gefolge der Branntweinbesteuerung von 1909[1]).

Von

Erich Jeske.

Anregung zu der vorliegenden Arbeit gab die Beobachtung, daß sich im Laufe des letzten Jahres (1910) an der Breslauer psychiatrischen Klinik und der städtischen Heilanstalt für Nerven- uud Gemütskranke eine auffällige Abnahme in der Aufnahmeziffer der Erkrankungen an Delirium tremens bemerkbar machte.

Es schien der Mühe wert, eine genaue Untersuchung darüber anzustellen, ob tatsächlich ein Rückgang in der Häufigkeit dieser Erkrankung stattgefunden habe, und gegebenenfalls, auf welchen Faktoren er beruhte. Dank dem freundlichen Entgegenkommen der leitenden Ärzte war es möglich, die Bücher aller in Betracht kommenden Krankenhäuser einer Durchsicht zu unterziehen.

In der Zeit vom 1. I. 1900 bis 13. IX. 1910 wurden in Breslau etwa 2103 Fälle von Delirium tremens beobachtet. Davon waren 2001 Männer und 102 Weiber. Mit einer jährlichen Durchschnittfrequenz von 200 Deliranten steht Breslau wohl unter den schnapskonsumierenden Städten Deutschlands mit an erster Stelle. Ebenso hoch oder noch höher beläuft sich die Delirantenzahl nur in Berlin, Hamburg und einigen anderen Küstenstädten, sowie in den oberschlesischen Industriebezirken. München dagegen, wo der Bierkonsum bei weitem überwiegt, zeigt keine so hohe Zahl von Deliranten. Nach einer Mitteilung *Kräpelins* macht das Delirium tremens dort nur 9,2 % aller alkoholistischen Geistesstörungen aus, in Breslau dagegen reichlich die Hälfte. Es ist dies ein sicherer Beleg für die Anschauung,

[1]) Aus der psychiatrischen und Nervenklinik der Universität Breslau (Direktor Geh. Medizinalrat Prof. Dr. *Bonhoeffer*).



daß für die Häufigkeit des Alkoholdelirs neben der Quantität besonders die Qualität des genossenen Alkohols in Betracht kommt, und daß vor allem der Branntweinkonsum maßgebend ist. In Deutschland werden etwa 4 l absoluter Alkohol pro Kopf und Jahr in Branntwein konsumiert, für Breslau ist leider eine Konsumstatistik nicht zu ermitteln. In Schlesien und Posen dürfte sich der Verbrauch nach einer Schätzung von *Laves* auf etwa 13 l pro Kopf belaufen. Diese Schätzung liegt allerdings etwa 20 Jahre zurück, und der Kopfkonsum für Branntwein hat sich in dem letzten Jahrzehnt von etwa 4,5 l auf 4 l verringert. Trotzdem ist hier in Breslau in den beiden letzten Jahrzehnten keine Verminderung in der Zahl der Alkoholisten zu konstatieren, wie die folgende Tabelle beweist, die ich Herrn Oberarzt Dr. *Chotzen* verdanke.

Aufnahmen in der Städtischen Heilanstalt.

	Männer				Weiber			
	i. S.	Alkoh.	davon Delir.	andere Alk.-Psych.	i. S.	Alk.	davon Delir.	andere Alk.-Psych.
89/90	344	78	57	2				
90/91	318	78	44	4				
91/92	361	100	52	7				
92/93	432	108	68	3	244	27	14	—
93/94	491	158	86	8	286	33	5	3
94/95	595	254	132	10	305	49	11	2
95/96	592	224	111	9	312	39	3	2
96/97	616	250	168	13	301	37	10	7
97/98	515	244	165	16	241	17	4	5
98/99	524	207	146	11	239	16	6	7
99/00	499	206	140	12	273	29	10	6
00/01	499	251	164	10	241	22	7	8
01/02	592	238	140	20	273	27	10	8
02/03	505	199	132	14	237	23	8	10
03/04	524	243	140	43	225	25	9	13
04/05	500	239	135	25	250	21	6	14
05/06	600	289	148	36	250	23	5	12
06/07	690	333	174	30	322	34	11	18
07/08	745	360	185	35	288	29	10	11

[1]) Münchener med. Wochenschr. 1906, *Kräpelin*, Der Alkoholismus in München.

[2]) *Laves*, Die Entwicklung der Brennerei- und der Branntweinbesteuerung in Deutschland.



In der städtischen Anstalt hat sich also die Zahl der Deliranten in den letzten 20 Jahren reichlich verdreifacht, während die Zahl der Gesamtaufnahmen sich nur verdoppelte und die Bevölkerung Breslaus nur um 40% zunahm. Diese relative Zunahme der Alkoholisten dürfte z. T. durch das stärkere Wachstum der industriellen Bevölkerung bedingt sein. Denn es sind ja fast ausschließlich die sozial schlechter gestellten Klassen, die den schwereren Formen des Alkoholismus verfallen. Ich füge hier die Berufstatistik [1]) unserer Deliranten bei.

Von 1284 Deliranten waren:

Arbeiter 567
Handwerker 267 .... (davon Schlosser 36, Bäcker 14, Fleischer 33, Klempner 10, Schmiede 24, Schneider 19, Tischler 21, Schuhmacher 25, Töpfer und Ofensetzer 10, Steinsetzer 10)
Maurer und Zimmerer 84
Kutscher 73
Gastwirte und Kellner 52
Hausbedienstete 45
Aus dem Kaufmanngewerbe 54
Händler und Hausierer 32
In Landwirtschaft und Gartenbau Beschäftigte 29
Untere Beamte 15
Mittlere Beamte 7
Maschinisten, Monteure 22
In den verschiedenen gewerklichen Betrieben Beschäftigte 25
Kleine Angestellte und verschiedene Berufe 25
Invaliden 5
Akademiker 2.

Von 81 Delirantinnen waren:

Witwen (meist von Arbeitern) 22
Geschiedene 8
Verheiratete 33 (davon Gastwirtfrauen 5)
Handwerkerfrauen 15
Arbeiterfrauen 11
Ledig 18 (davon Arbeiterinnen 8, Waschfrauen 2, Händlerinnen 2, Prostituierte 2).

Fast die Hälfte der Deliranten waren demnach Arbeiter. Ob es sich bei den Handwerkern um selbständige oder nicht selbständige handelt, ist aus den Krankengeschichten leider nicht festzustellen, ebenso wie bei den Arbeitern die Art der Arbeit in der Regel nicht

[1]) Bemerkenswert ist die Übereinstimmung dieser Berufstatistik mit der Statistik *Bonhoeffers*: Beruf und Alkoholdelikte (Monatsschr. f. Kriminalpsych. u. Strafrechtsreform 1905, S. 594).

näher bezeichnet ist. Stark beteiligt sind einzelne Berufe, die fast ausschließlich im Freien beschäftigt sind. Hier ist vor allem die Ge-

Frequenz des Delirium tremens nach Vierteljahren.

Sämtliche Fälle von Delirium tremens

Unkomplizierte „ „ „

Polizeiliche Anzeigen wegen Vergehen gegen das Leben (Körperverletzung) nach den Monatsberichten des statistischen Amts.

Wegen Excessen Verhaftete

Fig. 1.

legenheit, in den überall bequem zu erreichenden Schankstellen den Schnapsbedarf auch während der Arbeitzeit zu decken, wie bei den



Kutschern und Bauarbeitern, von ursächlicher Bedeutung für den Alkoholismus. Daß die mittleren Schichten der Bevölkerung wenig beteiligt sind, ist nicht auffallend, wenn man bedenkt, daß in ihnen zwar der Bieralkoholismus ziemlich verbreitet ist, dagegen Branntwein doch nur selten und in mäßigen Quantitäten genossen wird. Niedrig ist besonders die Beteiligung der Beamten, verhältnismäßig hoch die des Kaufmann- und Handelgewerbes. — Bei den verheirateten Weibern ist die starke Beteiligung der Gastwirtfrauen bemerkenswert. Unter den Ledigen sind die Prostituierten verhältnismäßig wenig beteiligt.

Die Frage nach dem Zusammenhang zwischen der Verbreitung des Alkoholismus auf der einen und der Höhe des Einkommens auf der anderen Seite läßt sich aus unseren Unterlagen nicht schematisch beantworten. Jedenfalls läßt aber die Tatsache, daß trotz steigender Löhne die Zunahme der alkoholistischen Erkrankungen bis zum Jahre 1909 augenfällig ist, die Behauptung, daß der Alkoholismus lediglich Ausdruck des wirtschaftlichen Elends sei, zweifelhaft erscheinen.

In dem letzten Jahre ist nun ein Sturz in der Frequenz der Alkoholisten eingetreten, speziell der Deliranten, wie er seit 20 Jahren nicht beobachtet wurde. Fig. 1 soll eine Übersicht über die vierteljährliche Frequenz der Deliranten in den letzten 10 Jahren bieten. Die außerordentliche Steigerung im Jahr 1907 erklärt sich im zweiten Vierteljahr zum Teil durch das gehäufte Auftreten von Lungenkomplikationen. Von Einfluß auf die Frequenz mag außerdem die den arbeitenden Klassen in der ersten Hälfte des Jahres 1907 noch günstige wirtschaftliche Lage gewesen sein; im dritten Vierteljahr dürfte die große Aussperrung der Holzarbeiter im Juli, die über 2000 Personen betraf, von Bedeutung gewesen sein. Vielleicht auch ein großes Volksfest, das deutsche Sängerfest. Der Abfall der Kurve im vierten Vierteljahr des Jahres 1909 tritt deutlich hervor. Bei einem Vergleich mit der Durchschnittfrequenz der Vorjahre ergibt sich die Tatsache, daß die Frequenz des Delirium tremens um 50 % abgenommen hat. Nicht so stark ist die Verminderung der übrigen Alkoholisten, pathologischen Räusche, der chronischen Alkoholisten und Alkoholepileptiker. Die Zahl dieser hat sich seit September 1909 gegen das Vorjahr von 186 auf 136 verringert, also um etwa 28,5 %. Der Zeitpunkt der Eintritts der Abnahme in der Zahl der Alkoho-



listen weist so augenscheinlich auf zwei für die Bekämpfung des Alkoholismus bedeutsame Tatsachen hin, nämlich den sozialdemokratischen Schnapsboykott und die letzte Branntweinsteuergesetzgebung, daß wir diese beiden einer näheren Würdigung unterziehen möchten.

Im Juli 1909 wurde vom deutschen Reichstag die Reichsfinanzreform genehmigt. Durch die neue Steuergesetzgebung erfuhr vor allem der Branntwein eine Mehrbelastung; seine Besteuerung sollte durch Erhöhung der Verbrauchsabgabe von 50 M. für innerhalb des Kontingents und 70 M. für außerhalb des Kontingents hergestellten 100 % igen Alkohol auf 105 bzw. 125 M. einen Mehrertrag von 80 Millionen Mark bringen. Daß damit die Bevorzugung der landwirtschaftlichen Brennereien in Gestalt der sogenannten Liebesgabe beibehalten wurde, erregte besonders auf der äußersten Linken Unwillen. Und so tauchte denn auch wenige Wochen nach der Verabschiedung des Gesetzes in sozialdemokratischen Blättern, an der Spitze die Breslauer Volkswacht, während sich andere Blätter, wie der „Vorwärts", zuerst etwas zögernd verhielten, der Plan eines Schnapsboykotts auf. Der Gedanke eines Alkoholboykotts war ja nicht neu. So setzte in Belgien nach Erhöhung der Alkoholsteuern im Jahre 1903 [1]) ein Alkoholstreik der Arbeiterpartei ein, durch den ein Mehrertrag der Steuer verhindert wurde. Einen energischen Alkoholboykott führte in den letzten Jahren die finnländische Sozialdemokratie durch. Häufiger sind die gelegentlichen Bierboykotts gewesen, die in der Regel nur eine Verbilligung des Getränkes bezweckten. Die deutsche Sozialdemokratie hatte im Gegensatz zu der außerdeutschen, so der österreichischen und belgischen, die den Kampf gegen den Alkohol in ihr Parteiprogramm aufgenommen hatten, den alkoholfeindlichen Bestrebungen noch vor wenigen Jahren keine Beachtung geschenkt. Es war den Alkoholgegnern mehrere Male nicht einmal möglich gewesen, auf den Parteitagen überhaupt eine Diskussion über diesen Gegenstand herbeizuführen. Die Partei wollte sich, nach einem Ausdrucke Bebels auf dem Parteitage in Hannover 1899, nicht in Kleinkram verzetteln. Sie stand auf dem Standpunkte, der Alkoholismus sei einzig und allein eine Folge der sozialen Mißstände und würde mit dem Schwinden dieser von selbst aufhören. Erst auf dem Essener Parteitage 1907 kam es zum erstenmal zu einer ernsthaften Alkoholdebatte, und die Abstinenzpartei hatte hier immerhin einen Erfolg; der Parteipresse wurde Aufklärung über die schädigenden Wirkungen des Alkohols empfohlen, außerdem wurde beschlossen, nicht nur den Trinkzwang bei allen öffentlichen und privaten Zusammenkünften

[1]) Internat. Monatschr. z. Bekämpf. d. Alkoholismus, Jahrg. 1905, S. 225: Das Verbot des Absinths und der Rückgang in der Zahl der Alkoholisten in Belgien.



auszuschließen, sondern überhaupt den Alkoholverbrauch bei allen politischen und belehrenden Versammlungen zu unterlassen; die Abhängigkeit der Arbeiter von den Gastwirtschaften sollte durch Errichtung eigener Gewerkschafthäuser ohne Trinkzwang beseitigt werden. Innerhalb der sozialdemokratischen Parei wird die Abstinenzbewegung durch den Bund abstinenter Arbeiter vertreten, der in seinem Organ „Der abstinente Arbeiter" eine rührige Agitation entfaltet. Im allgemeinen stand und steht jedoch noch heute die überwiegende Mehrheit der Partei der Alkoholfrage kühl und ablehnend gegenüber. Es waren daher auch nur zum geringeren Teile moralische und hygienische Gesichtspunkte, denen der Boykottgedanke seine schnelle Verbreitung verdankte; es handelte sich vielmehr um eine Art indirekter Steuerverweigerung, das Proletariat wollte seine Konsumkraft als Machtmittel benutzen. Bei den Verhandlungen des Leipziger Parteitages, der im September 1909 den Boykottbeschluß faßte, wird denn auch ausdrücklich hervorgehoben, daß der von den Breslauer Genossen gestellte Antrag ein rein politischer sei und rein politische Wirkungen erzielen wolle, nämlich Verminderung der Liebesgabe und des Steuerergebnisses. Die Aufforderung des Parteitages, den Boykott in energischer Weise zur Durchführung zu bringen, fand in sozialistischen Kreisen stürmischen Beifall, besonders in Breslau; hier hatte der sozialdemokratische Verein schon Anfang August mit der Propaganda begonnen; neben der Verteilung von Flugblättern geschah sie in ausgedehntem Maße durch das Breslauer sozialdemokratische Organ, die „Volkswacht". Fast jede Nummer ermahnte die Arbeiter zur strengen Schnapsabstinenz. Es traten durchweg die politischen Motive der Bewegung in den Vordergrund. Man wird nicht daran zweifeln dürfen, daß diese politische Propaganda der Sozialisten, die an die Disziplin und das Klassenbewußtsein des Lohnarbeiters appelierte, den Konsum beeinflußte, besonders bei den intelligenteren und besser gestellten Schichten des Proletariats. Hier ist aber der Schnapskonsum auch früher meist kein so erheblicher gewesen. Für das Gros der chronischen Alkoholisten gewinnt aber wohl vor allem das zweite Moment, die Verteuerung der Spirituosen, eine konsumeinschränkende Bedeutung. Die Verteuerung ist nicht unbeträchtlich, da sich im Kleinhandel die Preise für Trinkbranntwein um etwa 35 % erhöht haben dürften. Die Steuer wird von den Wirten anscheinend auf die Konsumenten abgewälzt, weniger durch Verminderung der Quantität, als durch stärkere Verdünnung des Getränks. Als Getränk dient hier meistens der Kornbranntwein und der etwas billigere Kartoffelspiritus, seltener getrunken werden aromatische Schnäpse und Mischungen von Branntwein mit Rum. Der Preis für einen Liter Kornbranntwein, der sich vor der Besteuerung bei 35 % Alkoholgehalt auf etwa 0,70 M. stellte, hat sich nur um etwa 10 Pf. erhöht.

Auch nach der Branntweinsteuergesetzgebung des Jahres 1887 hat man einen ähnlichen Sturz in der Zahl der Deliranten beobachtet.





So teilt *Wernicke* 1889 in einem Vortrag über die Irrenversorgung der Stadt Breslau mit, daß die Zahl der Deliranten vom 1. X. 1886 bis 15. V. 1887 152 betragen habe, in derselben Zeit der Jahre 1887 und 1888 dagegen nur 52 und führt diese Abnahmen auf die am 1. X. 1887 in Kraft getretene Alkoholbesteuerung zurück. Diese Abnahme scheint also der vorjährigen mindestens gleich gekommen zu sein, leider erstreckt sich die Untersuchung nur auf einen kurzen Zeitraum. Für Königsberg ist zu derselben Zeit ein starkes Sinken in der Frequenz der Deliranten von *Didjurdeit*[1]), für Hamburg von *Manchot*[2]) konstatiert. In Hamburg hatte der Alkoholismus in den achtziger Jahren des vorigen Jahrhunderts eine ganz erschreckende Ausdehnung gewonnen, die zum Teil durch die außerordentliche Billigkeit des Branntweins, zum Teil durch die hohe Zahl der Branntweinschenken — auf 93 Einwohner kam eine Verkaufstelle — bedingt war. Die Zahf der Deliranten, die in den Jahren 1887 und 1888 458 und 430 betragen hatte, sank nach dem Anschluß Hamburgs an die Branntweinsteuergemeinschaft des Deutschen Reiches und der Einführung der Bedürfnisfrage im Jahre 1889 auf 223, also um etwa 50 %, und blieb auch in den nächsten Jahren dauernd auf einem niedrigen Stand. Die Verteuerung des Branntweins belief sich hier auf etwa 80 %, in Preußen dürfte sie 35 bis 50 % betragen haben, hat also die diesjährige wohl übertroffen. Aus den Mitteilungen des Preußischen Statistischen Amts über die Irrenanstalten des Staates ist zu entnehmen, daß das Sinken der Frequenz damals ein ganz allgemeines gewesen ist. Fig. 2 soll die Wirkung des Branntweinsteuergesetzes vom 1. X. 1887 veranschaulichen. In dem Jahre 1887, dessen letztes Vierteljahr bereits durch die Besteuerung beeinflußt ist, tritt ein Stillstand der Frequenz ein, die bis dahin dauernd gestiegen ist. Im Jahre 1888 sinkt die Zahl der Deliranten, die in den beiden Vorjahren 1315 und 1283 betragen hatte, auf 779, also um fast 40 %, um dann nur allmählich mit der Bevölkerungzunahme wieder anzusteigen, hat aber im Jahre 1902 noch nicht die Höhe des Jahres 1886 erreicht. Ein Beweis dafür, welcher Wert einer hohen Besteuerung des Branntweins beizumessen ist.

Die Steuererhebung würde also vielleicht genügen, um die Verminderung der Delirantenzahl zu erklären, ich möchte jedoch den Einfluß des Boykotts nicht unterschätzen, schon deshalb, weil besonders die Zahl der erstmaligen Erkrankungen abgenommen zu haben scheint. Auch machte sich das Sinken der Frequenz bereits im September des Jahres 1909 bemerkbar, als die Steuererhöhung

[1]) *Didjurdeit*, Statistik der an der Königsberger städt. Krankenanstalt von 1874—1894 behandelten Fälle von Del. trem.

[2]) *Manchot*, Das Del. trem. und die Bedürfnisfrage in Hamburg.



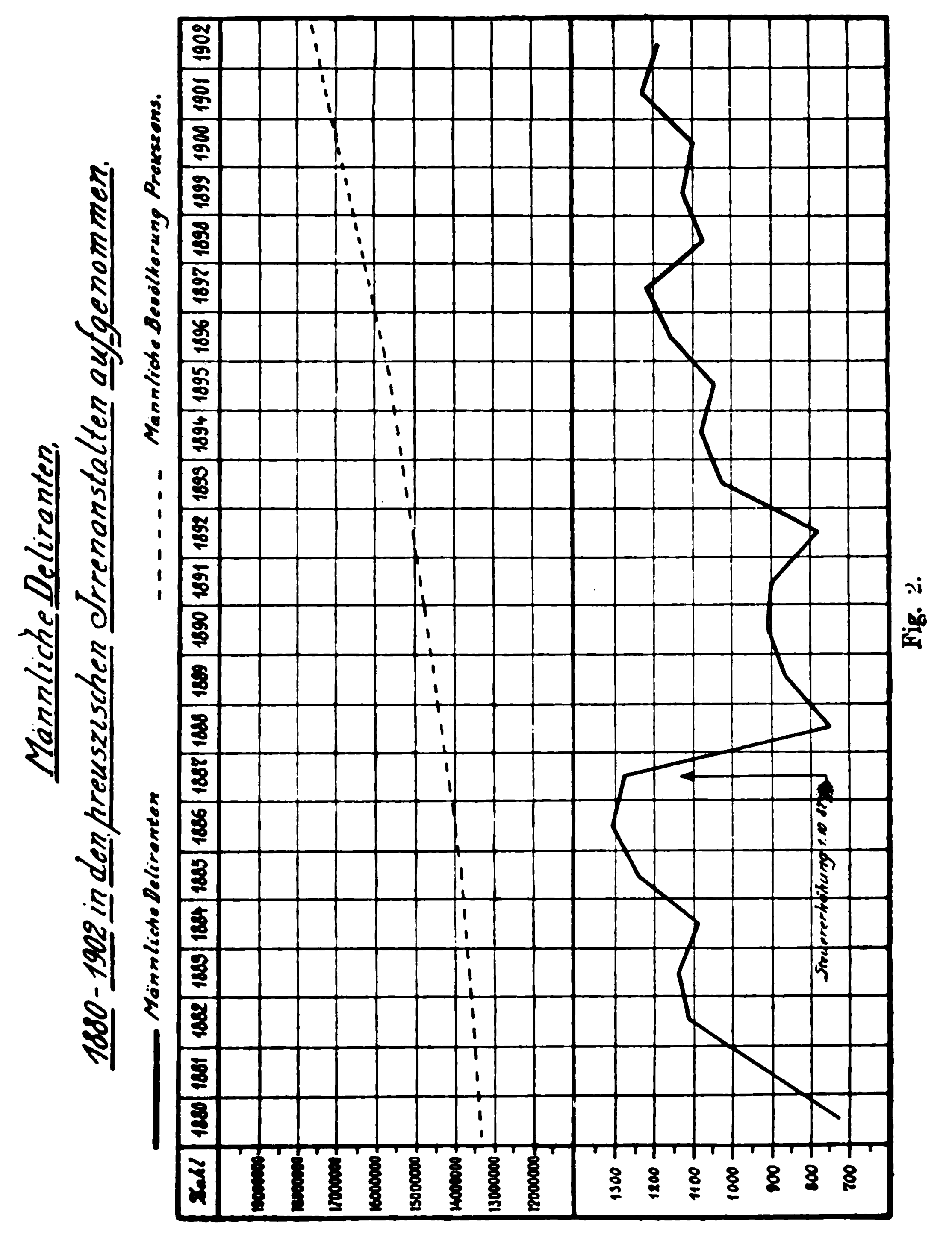


Fig. 2.

noch nicht in Kraft war (Fig. 3); während die durchschnittliche Delirantenzahl in diesem Monat 19 und die niedrigste in den 9 Jahren vorher beobachtete 15 beträgt, haben wir in diesem Boykottmonat

26*

nur 10 Fälle; die vor dem 1. X. eingetretene Preissteigerung war unerheblich.

Eine für die Frage des Abstinenzdeliriums wichtige anfängliche Steigerung der Delirantenzahl, wie sie *Wigert* [1]) anläßlich des Alkoholverbots während des Generalstreiks in Schweden schildert, wurde hier nicht beobachtet. Sie war wohl auch nicht zu erwarten, da eine völlige Alkoholabstinenz wohl kaum in einem Falle eingetreten sein

Abweichungen der Jahre 1909 und 1910 von der Normalkurve des Delirium tremens.

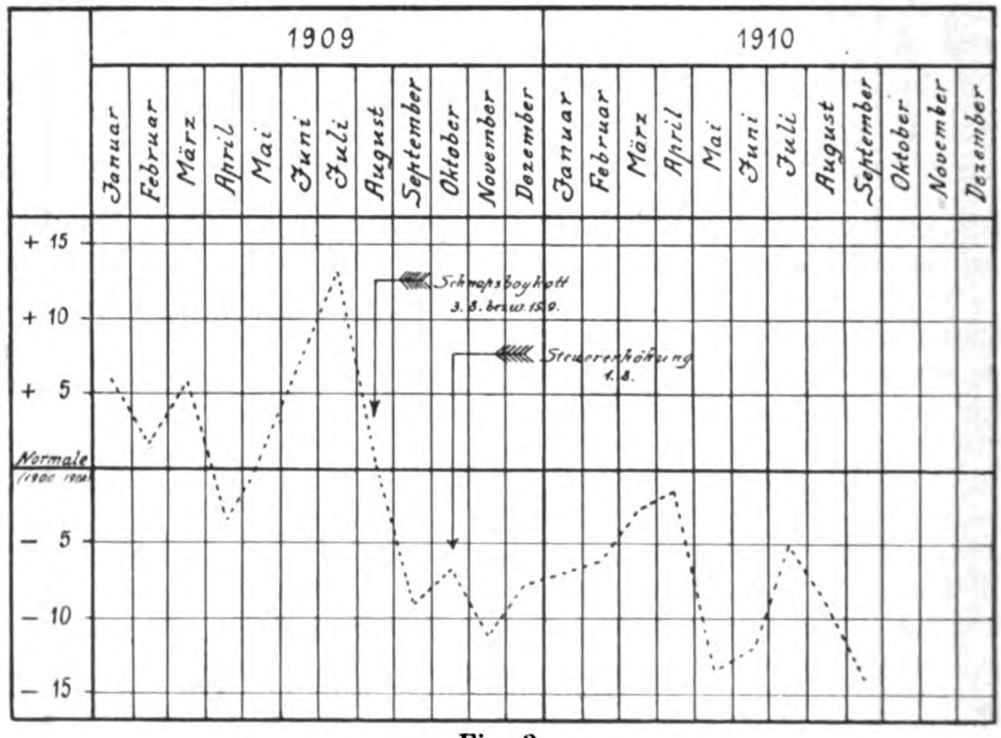


Fig. 3.

dürfte, obwohl der Boykott in der ersten Zeit mit besonderer Energie durchgeführt wurde. Ich habe Gelegenheit gehabt, bei einigen Hundert Arbeitern der verschiedenen Industriezweige, meist poliklinischen Patienten, Erkundigungen über den Alkoholkonsum vor und nach dem Boykott einzuziehen. Darnach scheint es, daß durch den Boykott die nicht organisierten Arbeiter nur zu einem sehr geringen Teile beeinflußt wurden, aber auch auf einen beträchtlichen Teil der organisierten hat er seine Wirkung verfehlt. Das waren einmal die stets

[1]) *Wigert,* Die Frequenz des Del. trem. in Stockholm während des Alkoholverbots Aug., Sept. 1909. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychatr.

mäßigen Trinker, deren Konsum ein sehr bescheidener war (5—10 Pfg. pro Tag); diese schienen den Genuß eines gelegentlichen Gläschens nicht entbehren zu wollen, weil sie ihren geringen Konsum für unerheblich für die Durchführung des Boykotts ansahen. Unbeeinflußt geblieben ist ferner die große Masse der regelmäßig große Dosen Trinkenden (0,50—1,50 M. pro Tag), obwohl mir auch einige Fälle bekannt wurden, wo Leute, die schon morgens vor Beginn der Arbeitzeit einen halben Liter Schnaps tranken, durch den Boykott vollständig schnapsabstinent geworden sind. Am meisten beeinflußt erschien mir die große Masse der regelmäßig mittlere Dosen Trinkenden. Eine tägliche Ausgabe von 30—40 Pfg. für Schnaps und ebensoviel für Bier ist bei dem Breslauer Durchschnittarbeiter wenn nicht die Norm, so doch keine Seltenheit. Die Hälfte der von mir Befragten gab 10 % des Einkommens, das sich auf 1000—2000 M. belief, oder noch mehr für alkoholische Getränke, meist Schnaps, aus.

Dieses Prozentverhältnis würde ungefähr den in den letzten Jahren von mehreren Stellen veröffentlichten Arbeiterhaushaltrechnungen entsprechen [1]). So wurden nach einer Untersuchung des Nürnberger Arbeitersekretariats 1901 „Über Haushaltungsrechnungen Nürnberger Arbeiter", die sich auf 44 Arbeiterfamilien erstreckte, im Durchschnitt 9,53 % der Gesamtausgaben für alkoholische Getränke ausgegeben. Nach einer von der badischen Fabrikinspektion 1904 angestellten Erhebung bei 14 Arbeiterfamilien wurden sogar 12,6 % der Gesamtausgaben für alkoholische Getränke verausgabt. Ein geringerer Prozentsatz ergab sich bei einer Untersuchung des Kaiserlich Statistischen Amts [2]), sowie bei einer vom Deutschen Metallarbeiterverband angestellten Untersuchung (4,8 und 5 %).

Aus meinen Umfragen schien mir hervorzugehen, daß durch den Boykott besonders die jugendlichen Arbeiter günstig beeinflußt worden sind, weil sie mehr als die alten Gewohnheittrinker den plötzlichen Abbruch der bisherigen Trinksitten temperamentvoll aufnahmen und möglichst durchführten. Wenn diese Wirkung von Dauer wäre, so käme dem Boykott unleugbar eine kulturelle Bedeutung zu, insofern er unter den jüngeren Elementen der Arbeiterbevölkerung auf die Beseitigung der Trinkgewohnheiten hinwirkte. Denn es handelt sich, wie *Bähr* mit Recht betont, bei der Bekämpfung des Alkoholis-

[1]) Vgl. *Grotjan*, Der Alkoholismus nach Wesen, Wirkung und Verbreitung.

[2]) Reichsarbeitsblatt 1906 und 1907.



mus nicht so sehr um die bereits fertigen Trinker als darum, zu verhindern, daß neue Trinker sich bilden.

Nach der amtlichen Mitteilung im Reichanzeiger ergeben sich für die Abnahme des Branntweinkonsums in Deutschland folgende Zahlen:

Hektoliter reinen Alkohols.

	1909/10	1908/09	1907/08	1906/07
Erzeugung	3 646 997	4 264 982	4 014 571	3 836 614
Trinkverbrauch . . .	1 796 070	2 598 052	2 370 560	2 439 720
Gewerbl. Verbrauch .	1 888 128	1 486 737	1 593 218	1 340 225
Ausfuhr	10 232	10 640	17 383	215 619
Unter amtlich. Überwachg. verbl. Bestände	484 660	578 665	480 430	509 654

Danach ist also der Trinkverbrauch um reichlich 30 % zurückgegangen, der Verbrauch zu gewerblichen Zwecken um 27 % gestiegen. Als Ursache für diese Abnahme des Trinkverbrauchs ist außer der geringen Kauflust infolge der Besteuerung auch die trotz der Nachsteuer erhebliche Vorversorgung in Betracht zu ziehen; wieweit der Schnapsboykott beteiligt ist, läßt sich zahlenmäßig natürlich nicht feststellen. In manchen Gegenden Deutschlands ist der Boykott resultatlos verlaufen. Charakteristisch dafür ist, daß in dem Hamburger Gewerkschafthaus, in dem wohl nur organisierte Arbeiter verkehren, der Schnapsverbrauch während des Boykotts konstant geblieben ist. Hier in Schlesien ist seine Wirkung auf den Rückgang des Schnapskonsums sehr erfreulich gewesen. Von kleineren Brennereien und Gastwirtschaften mit überwiegendem Arbeiterverkehr wurde mir in der Regel ein Minderabsatz von etwa 30 % angegeben.

Nach einer Umfrage der Breslauer Volkswacht im Dezember 1909 bei 30 Gastwirten bezifferte sich der Rückgang des Konsums sogar auf 25—80 %. Diese Angaben sind wohl nicht unbedingt zuverlässig, sie beziehen sich auch nur auf die ersten Monate des Boykotts. Seitdem haben sich die Konsumverhältnisse wieder geändert, da die anfängliche Begeisterung heute durchaus nicht mehr in demselben Maße vorhanden ist wie früher, und da auch die Propaganda nicht mehr so energisch betrieben wird. Inwieweit dem Boykott ein bleibender Erfolg zukommt, wird sich erst später beurteilen lassen; hinter den großartigen Erfolgen jener Mäßigkeitbewegung, die am Ende der 30iger Jahre des vorigen Jahrhunderts von Amerika und England nach Deutschland übergriff, bleibt der Schnapsboykott allerdings weit zurück.

Auch damals richtete sich die Bewegung, was ja für die ältere Mäßigkeitbewegung überhaupt charakteristisch ist, ausschließlich gegen das Branntweintrinken [1]). Sie hatte gerade in Schlesien großartige Erfolge, wo sich eine halbe Million Menschen zur Schnapsabstinenz verpflichteten, über ein Drittel der Brennereien einging, der Jahreskonsum um 45 000 Eimer und der Steuerertrag um 467 000 Reichstaler zurückging. Leider flaute diese Bewegung am Ende der vierziger Jahre vollständig ab und blieb ohne jede Dauerwirkung.

Bei den engen Beziehungen zwischen Alkoholismus und Kriminalität lag die Frage nahe, inwieweit diese Abnahme des Alkoholkonsums und der Alkoholisten die Kriminalstatistik beeinflußt habe. Daß mit der Durchführung eines strengen Alkoholverbots eine sofortige Abnahme der Roheitdelikte eintrat, ist bereits mehrfach festgestellt worden, so in Schweden und Finnland, wo während der Generalstreiks die Zahl dieser Delikte auf ein Minimum sank. Der hiesige Polizeipräsident war so entgegenkommend, für diese Untersuchung die Durchsicht der Aufnahmebücher des hiesigen Polizeigefängnisses zu gestatten. Das Ergebnis ist aus der folgenden Tabelle zu ersehen:

Eingeliefert in das Polizeigefängnis in Breslau:

	1. IX. 05 bis 31. VIII. 06		06—07		07—08		08—09		09—10	
	M.	W.	M.	W.	M.	W.	M.	W.	M.	W.
wegen										
Exzessen pp. . .	658	82	612	73	652	86	663	69	523	65
Trunkenheit . .	198	92	192	68	165	98	146	80	107	78
Körperverletzung	109	4	85	1	116	3	102	3	105	—
Geistesstörung .	48	7	48	14	69	10	45	9	37	14
Sittl. Vergehen .	152	—	128	—	131	—	117	—	123	—
Obdachl. Arbtsch.	3489	483	3850	501	4796	696	4681	667	3170	449
Verg. geg. d. Leben	9	7	13	9	14	5	4	—	11	8
Diebst., Btr. u. ähnl.	898	226	816	191	981	244	960	244	934	194

Danach ist also die Zahl der Verhaftungen wegen der in den polizeilichen Büchern als Exzesse bezeichneten Vergehen, wie Vergehen gegen die öffentliche Ordnung, Hausfriedenbruch, Sachbeschädigung, Widerstand, Beamtenbeleidigung und ähnl., in dem Boykottjahr gegen das Vorjahr um 21,3 % zurückgegangen. (S. Fig. 1.) Im 3. Vier-

[1]) Berichte und Monatsblätter des Bresl. Vereins gegen das Branntweintrinken 1845—47.



teljahr des Jahrs 1910 steigt die Frequenz wieder. Bei den Verhaftungen wegen Körperverletzungen — es handelt sich hier meist um schwere Körperverletzungen, — ist kein Rückgang zu konstatieren. Die Gesamtzahl der Körperverletzungen zeigt dagegen dieselbe Abnahme wie die Exzesse (Fig. 1). Eine starke Abnahme erfahren haben auch die Zahlen der Einlieferungen wegen Trunkenheit; diese Feststellung besitzt für unsere Frage leider keinen besonderen Wert, da bereits in den Vorjahren ein ständiges Sinken sich zeigte. Auch die Zahl der Sittlichkeitdelikte war nicht zu verwerten, da unter dieser Rubrik von der Polizei auch die wegen Zuhälterei und anderer mit dem Alkoholismus nicht in ursächlichen Beziehungen stehenden Vergehen Verhafteten geführt werden. Der starke Rückgang in der Zahl der Einlieferungen wegen Obdachlosigkeit, Bettelei usw. dürfte in indirektem Zusammenhang mit der Verminderung des Schnapskonsums stehen. Vielleicht spielen aber auch andere äußere Momente eine Rolle, insofern als im letzten Jahre die Zahl der von der Schutzmannschaft veranstalteten Razzias geringer gewesen sein soll als in früheren Jahren. Bemerkenswert ist schließlich, daß die Zahl der Eigentumdelikte keine Abnahme erfahren hat.

Die Tatsache, daß gerade die Exzesse, d. h. die im gelegentlichen Rausche begangenen Delikte seltener wurden, möchte ich besonders dem Einfluß des Boykotts zuschreiben. Der Zusammenhang dieser Delikte mit dem gelegentlich gesteigerten Alkoholkonsum geht deutlich aus der bekannten Verteilung auf die einzelnen Wochentage hervor (Fig. 4). Der Sonntag, der Tag des stärksten Alkoholkonsums, zeigt auch die größte Zahl der Verhaftungen; mit dem Abnehmen des Wochenlohns sinkt sie dann bis zum Freitag ständig, um am Sonnabend, dem Tage der Lohnzahlung, wieder anzusteigen. Die Kurve der Verhaftungen wegen Körperverletzung steigt auffallenderweise schon am Freitag wieder an, um am Sonnabend etwas zu sinken. Möglicherweise handelt es sich hier um rein zufällige Momente. Es kommt hinzu, daß der Tag der Verhaftung bei diesen wie erwähnt in der Regel schweren Körperverletzungen mit dem Tag der Begehung nicht immer identisch ist, wie es bei den Exzessen wohl stets der Fall ist. Daß bei den Weibern die Verteilung auf die einzelnen Wochentage ganz atypisch ist, ist nicht auffallend; es handelt sich meist um Gewohnheitsäuferinnen, ohne regelmäßige Beschäftigung, von denen



einige im Jahr 20- und mehr mal wegen sinnloser Trunkenheit eingeliefert werden.

Bei Erwähnung dieser kriminalstatistischen Verhältnisse möchte ich darauf hinweisen, daß zwischen der Frequenz des Delirium tremens und der Zahl der Alkoholdelikte auch unter gewöhnlichen Verhält-

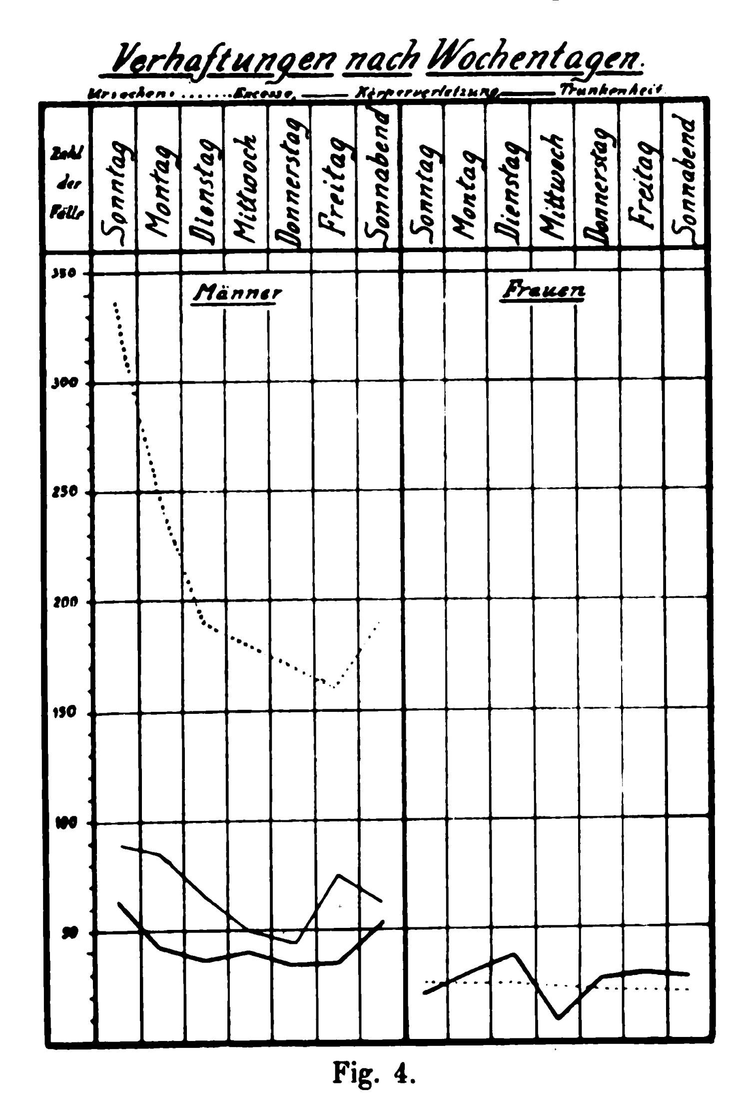


Fig. 4.

nissen ein gewisser Zusammenhang zu bestehen scheint [1]), wenn man die Verteilung des Delirium tremens und der Alkoholdelikte auf die Jahreszeiten berücksichtigt. Die eigentümliche Verteilung der Erkrankungen an Delirium tremens auf die einzelnen Jahreszeiten ist bekannt. In Fig. 1 ist dieses Verhalten ersichtlich, die fast stets vor-

[1]) *Wigert*, cf. oben.



handene sommerliche Steigerung, der besonders bei den unkomplizierten Delirien ein starkes Sinken der Frequenz in den Winter-, seltener schon in den Herbstmonaten entspricht. Diese Tatsache wird verschieden erklärt. Einige Autoren führen sie auf die günstigere wirtschaftliche Lage im Sommer und den infolgedessen gesteigerten Alkoholkonsum zurück. *Bonhoeffer*[1]) denkt an klimatische Einflüsse, Störungen des Gasaustausches und damit der Toxinausscheidung infolge der sommerlichen Hitze, und führt als Beispiel die Wirkung des Alkohols in den Tropen an. Es müßten nach dieser Annahme

Normalkurve
für die Jahresfrequenz (1900-1908)

—— Deliranten (1900-1908), ... Polizeiliche Anzeigen wegen Vergehen gegen das Leben (1900-1908), _ _ _ _ Verhaftungen wegen Excessen (1906-1910), ______ Verhaftungen wegen Körperverletzungen (1906-1910)

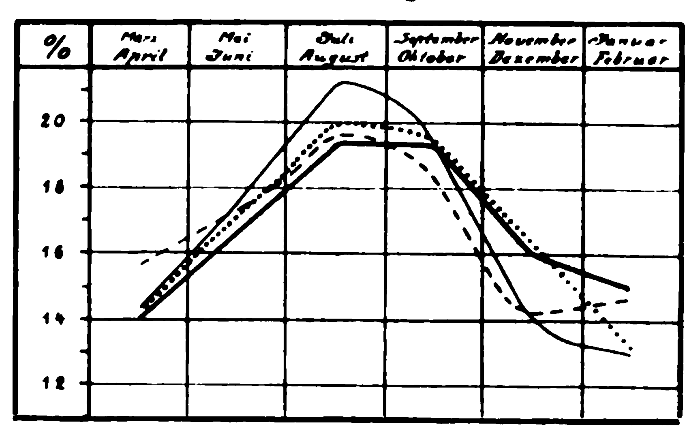


Fig. 5.

gerade die Jahre mit besonders heißen Sommern eine gesteigerte Frequenz zeigen und umgekehrt. Bei einem Vergleich der Witterungsberichte des Statistischen Amts mit der Frequenz der Deliranten in den letzten 10 Jahren ließ sich jedoch kein derartiger Zusammenhang feststellen. Für die erste Annahme würde dagegen die Tatsache sprechen, daß das Verhalten der Jahreskurve bei den Alkoholdelikten das gleiche ist wie bei den Deliranten (s. Fig. 5). Meine Kurve für die Jahresfrequenz des Delirium tremens unterscheidet sich von der von *Bonhoeffer* festgestellten nur dadurch, daß sich die Steigerung

[1]) *Bonhoeffer*: Die akuten Geisteskrankheiten der Gewohnheitstrinker.

bis in den September und Oktober hinein erstreckt. Zuzugeben ist allerdings, daß die sommerliche Steigerung der Alkoholdelikte nicht ausschließlich in dem stärkeren Konsum ihre Erklärung zu finden braucht, sondern wohl auch darauf beruht, daß in der warmen Jahreszeit, wo das Leben sich mehr im Freien abspielt, die Möglichkeit von Konflikten eine ungleich größere ist.

Einige andere Ergebnisse der Statistik über Durchschnittalter, Komplikationen und Mortalität des Delirium tremens seien noch kurz erwähnt. Untersuchungen hierüber sind in Breslau vor etwa 10 Jahren an einem Material von über 1000 Fällen bereits von *Bonhoeffer* vorgenommen worden, die folgenden Angaben bilden im wesentlichen eine Bestätigung seiner Resultate.

Alter der Deliranten.

	21-25	26-30	31-35	36-40	41-45	46-50	51-55	56-60	61-65	66-70	71-75
M.	49	152	399	407	343	227	131	59	22	7	4
W.	1	3	11	17	15	14	11	3	1	4	—

Die Angaben über den Prozentsatz der Mortalität differieren in der Literatur so stark wie kaum bei einer anderen Erkrankung (*Villers*, 1,5 %; *Naecke* 24 %). Der Grund für diese Verschiedenheit der Angaben ist nicht klar. Sie ist zu erheblich, um ausschließlich durch die Fehlerquellen der Statistik erklärt zu werden. Unsere Resultate von 9,2 % bei den Männern und 8,9 % bei den Weibern stimmen mit den von *Bonhoeffer* gefundenen Zahlen überein. *Villers* [1]), der bei 768 Fällen nur 1,5 % Mortalität findet, sucht die Erklärung für das stürmischere Auftreten des Alkoholdelirs in Deutschland in den besonderen alkoholischen Antezedentien der deutschen Trinker, von denen er annimmt, daß sie große Quantitäten Bier getrunken haben, bevor sie an den Schnaps kommen, und dadurch eine geringere Resistenz besitzen. Diese Ansicht dürfte schon deshalb nicht richtig sein, weil die Voraussetzung, von der er ausgeht, unrichtig ist. Daß die Mortalitätziffer gegenüber den ältesten Zahlen von *Naecke* im ganzen eine Minderung erfahren hat, dürfte doch zum Teil an den Fortschritten der Behandlung liegen. Die regelmäßige Anwendung von Herzroborantien ergibt, wie *Ganser* gezeigt hat, einen evidenten Einfluß auf das Herabgehen der Mortalitätziffer. Auch die Unterschiede,

[1]) Pathogénie et Prognostic du delirium trem. Ref. Neurol. Ztrlbl. 1899, S. 318.



die sich bei einem Vergleich der Krankenhäuser ergeben, die noch mit den alten Zwangmaßregeln des Festschnallens, der Isolierzellen, und mit großen Dosen Opium und Chloral arbeiten, zeigen den Einfluß der speziellen therapeutischen Maßnahmen. Ein wesentlicher Grund für die Unterschiede der Mortalitätziffer liegt vor allem in der mehr oder weniger großen Häufigkeit der Komplikationen.

Die Häufigkeit der Komplikationen ist aus der folgenden Tabelle zu ersehen:

Mortalität und Komplikationen	Männer		Weiber	
in Summa	2001		102	
davon gestorben	185	(9,2 %)	9	(8,9 %)
kompl. m. Pneumonie	208	(gest. 103)	2	(gest. 2)
kompl. Traumen	115	(„ 12)		
davon Frakturen	49	(„ 9)		
Bronch. u. a. Lungenerkrankungen	97	(„ 8)		
Tuberkulose	26	(„ 12)	1	(„ 1)
Septische Prozesse	26	(„ 5)		
Neuritis und Polyneuritis	52	(„ 2)	5	
Lebererkrankungen	20	(„ 2)	2	
Epileptische Anfälle	167	(„ 8)	2	
Organische Hirnerkrankungen	8	(„ 3)		
Gastritis, Enteritis	50	(„ 2)		
Nephritis	27	(„ 2)		
Herz- u. Gefäßerkrankungen	8	(„ 1)		
Andere Erkrankungen	37			

Danach standen bei den Komplikationen im Vordergrunde Lungenerkrankungen, am häufigsten die Pneumonie. Jeder 7. Delirant hatte eine Lungenerkrankung, jeder 10. eine Pneumonie. Daß die Pneumonie mit Recht als die gefürchtetste Komplikation gilt, ergibt sich daraus, daß jeder 2. Delirant mit Pneumonie zum Exitus kam. Mindestens die Hälfte aller Todesfälle fallen ihr somit zur Last. Von den Traumen zeigten namentlich die Frakturen einen ungünstigeren Verlauf. Die Zahlen über die Häufigkeit der epileptischen Anfälle dürfen auf Genauigkeit keinen Anspruch machen. Eine speziell darauf gerichtete Untersuchung würde vermutlich größere Zahlen ergeben haben.



Wie weit kommen psychogene Krankheitzustände und Krankheitprozesse vor, die nicht der Hysterie zuzurechnen sind?[1])

Von

K. Bonhoeffer, Breslau.

Der Gedanke, daß psychische Vorgänge imstande sind, psychische Krankheiterscheinungen hervorzurufen, ist so alt, wie die Kenntnis der Geisteskrankheiten selbst, und die volkstümliche Anschauung nimmt auch heute noch, wie wir täglich bei der Aufnahme von Anamnesen hören, wenn es irgend möglich, ein psychisches Erlebnis als ursächlichen Ausgangpunkt für die Entwicklung von Geisteskrankheiten an. Die alte wissenschaftliche Psychiatrie ist voll von Daten über die psychische Ätiologie der Geisteskrankheiten. *Esquirol* meint, die psychischen Ursachen seien weit häufiger als die somatischen. *Heinroth* erkennt überhaupt nur die psychischen Ursachen an. Selbst *Griesinger* spricht es noch aus, daß er in den psychischen Ursachen die häufigste und ergiebigste Quelle für die Entwicklung psychischer Erkrankungen sieht.

Die Gründe, die dem Psychogenitätsmoment früher eine so große Bedeutung gegeben haben, sind einleuchtender Art. Sie liegen vor allem in der großen Leichtigkeit, mit der sich im Gange des Lebens jederzeit scheinbare psychische Ursachen finden lassen, dazu kommt, daß nicht selten die ersten psychischen Erscheinungen erst durch ein emotionelles Erlebnis augenfällig gemacht werden, obwohl bei genauerem Zusehen die Erkrankung schon vorher bestanden hat.

Daß wir heute im wesentlichen anderer Ansicht sind, liegt nur zum Teil an der fortschreitenden Erkenntnis der eigentlichen Ur-

[1]) **Referat, erstattet in der Jahresversammlung des Deutschen Vereins für Psychiatrie zu Stuttgart am 21. April d. J.**

sachen. Es wird zwar heute niemand mehr im Ernste für die progressive Paralyse psychische Ursachen annehmen, weil wir hier die eigentliche Ätiologie kennen, aber auch für die hebephrenischen und katatonischen Prozesse, für die paranoide Demenz wird, obwohl wir die eigentliche Ursache nicht kennen, und obwohl wir im Verlaufe nicht selten auf psychogene Einflüsse hin augenfällige Veränderungen beobachten, doch kaum jemand eine psychogene Entstehung behaupten. Auch die Autoren, die neuerdings mit *Bleuler*, *Jung* u. a. dem Ideogenitätsmoment bei diesen Psychosen das Wort reden, tun es doch nur in dem Sinne, daß sie innerhalb der Erkrankung für die spezielle Ausgestaltung einzelner Symptome emotionellen Erlebnissen eine Bedeutung beilegen. Hier hat die Erfahrung gezeigt, daß von einer gesetzmäßigen Abhängigkeit dieser Erkrankungen von psychischen Ursachen keine Rede ist.

Die geläufige psychiatrische Auffassung hat sich allmählich unter dem Einfluß von *Charcot*, *Moebius* u. a. dahin eingeengt, daß eine konstante ursächliche Bedeutung dem Psychischen nur bei den hysterischen Zustandbildern zukommt, und der Standpunkt ist vielerorts zurzeit der, eine hysterische Erkrankung stets dann anzunehmen, wenn in Entwicklung und Verlauf einer Erkrankung eine ausgesprochene Abhängigkeit von psychischen Faktoren in Erscheinung tritt.

Die Aufgabe, die der Vorstand gestellt hat, ist nun die, zu untersuchen, ob Psychogenie und Hysterie identisch ist, oder ob es psychogene Zustandbilder und Erkrankungen auch nichthysterischer Art gibt.

Eine wesentliche Schwierigkeit der Behandlung dieser Frage sehe ich darin, daß Hysterie hier als bekannte Größe in die Rechnung eingestellt ist. Nun ist Begriff und Wesen der Hysterie nichts weniger als geklärt, ich darf Sie nur an die Diskussion der Pariser neurologischen Gesellschaft vor 3 Jahren erinnern. Daß es bei uns, die wir den Franzosen in der Hysterieerkenntnis zeitlich zweifellos nachstehen, nicht wesentlich anders ist, werden Sie mir zugeben. Die psychogene Entstehung der hysterischen Krankheiterscheinungen ist, obwohl nicht immer ersichtlich, doch unbestritten. Ist aber nun das Wesentliche in den körperlichen Stigmen gelegen, wie es *Moebius* wollte, dem die hysterische Geistesstörung eine Komplikation bedeutete, oder ist das

Wesentliche das hysterische Temperament, der hysterische Charakter? Der eine wie der andere Standpunkt gibt keine feste Stütze und Schranke. Hysterische Stigmata finden wir auch anderwärts gar nicht selten, ich verweise auf die manisch-depressiven Zustände, auf die Imbezillität und auf die Zustände, auf die ich noch zu sprechen komme. Die hysterischen körperlichen Stigmen können fehlen, und wir haben doch aus dem ganzen Wesen der Untersuchten die Überzeugung, daß eine Hysterie vorliegt. Sucht man das Wesentliche des hysterischen Temperaments zu fassen, so ergeben sich große Abgrenzungschwierigkeiten gegenüber den Degenerationszuständen der erethischen Debilität, der einfachen nicht debilen Instablen, gegenüber der epileptoiden Entartung, gegenüber den pseudologischen Phantasten. So kann man dazu gelangen, wie *Wilmanns*, Hysterie als Krankheitsentität überhaupt abzulehnen und nur hysterische Symptome und einen hysterischen Typus gelten zu lassen. Aber auch was als hysterischer Typus zu gelten hat, ist nicht ohne weiteres leicht zu definieren. Was gibt uns Veranlassung, die funktionelle Taubheit eines Mädchens, die sich im Gefolge der Ohrfeige eines Lehrers entwickelt, und einen *Ganser*schen Pseudodemenzzustand gleichmäßig als hysterisch zu bezeichnen. Es ist nicht die Emotivität, nicht die Suggestibilität im allgemeinen, auch nicht die generelle Neigung zur Abspaltung und Versenkung von Bewußtseinsvorgängen ins Unbewußte oder Halbbewußte, was uns als hysterisch erscheint; denn wir sehen diese Symptome bei den Degenerationszuständen auch sonst. Was dem hysterischen Typus seine charakteristische Farbe verleiht, ist, daß die Abspaltung der psychischen Komplexe unter dem Einfluß einer inhaltlich bestimmt gearteten Willensrichtung geschieht. Das Durchscheinen dieser Willensrichtung in der Krankheitsdarstellung ist das, was uns speziell als hysterisch imponiert. Die häufigste Form der hysterischen Willensrichtung ist der Wille zur Krankheit. Ich glaube nicht, daß man bei dem Hysteriebegriff um die Einstellung eines solchen Willensmoments herumkommt. Ich stimme deshalb *Babinski* zu, der auch eine bestimmte Richtung der Suggestibilität bei der Hysterie für die Begriffsbestimmung für wesentlich hält. Auch *Kohnstamms* Einführung des Begriffs vom Defekt des Gesundheitsgewissens bei der Hysterie halte ich für wertvoll, wenn auch vielleicht nicht umfassend genug.



Ich mußte diese kurze Bemerkung zur Hysteriefrage vorausschicken, weil sie mir für die spätere Abgrenzung dessen, was man innerhalb der psychogenen Zustände als hysterisch bezeichnen kann, wichtig erscheint.

Wenn man von der engen *Sommer*schen Definition der Psychogenie absieht, der mit diesem Worte aus didaktischen Gründen speziell die Schulhysterie scharf zu umschreiben beabsichtigte, wird man unter psychogenen Zuständen und Erkrankungen ganz allgemein solche zu verstehen haben, die der Regel nach durch Vorstellungen und zwar solche emotioneller Art hervorgerufen werden. Man kann es in das Wort psychogen hineinlegen, braucht es aber, wie ich mit *Birnbaum* meine, nicht, daß das psychogene Moment auch in der Ausgestaltung des psychotischen Prozesses selbst fortwirkt und diesen gewissermaßen unterhält. Wir werden sehen, daß sich die einzelnen Zustände hierin verschieden verhalten.

Bei dieser allgemein gehaltenen Definition ist es nicht zweifelhaft, daß es auch außerhalb der Hysterie psychogene Zustände und Krankheitprozesse gibt. Ich halte es für richtig, bei der Besprechung mich auf solche Krankheitzustände zu beschränken, bei denen das psychogene ätiologische Moment offensichtlich ist und nicht erst auf besonderem, analytischem Wege aus dem Unterbewußtsein in mehr oder weniger hypothetischer Weise erschlossen wird.

Es liegt nahe als Ausgangpunkt für unsere Untersuchung diejenigen Beobachtungen zu wählen, in denen ein gleichartiges schweres emotionelles Erlebnis eine große Anzahl Individuen gleichzeitig betroffen hat. Das elementarste Experiment dieser Art in großem Umfang stellt gelegentlich die Natur selbst her bei heftigem Erdbeben. Hier muß die Wirkung der plötzlich auftretenden Vorstellung schwerster Lebensbedrohung auf die Psyche in evidenter Weise zum Ausdruck kommen.

Das letzte derartige Ereignis war die Katastrophe von Messina. Es hat sich hier ergeben — ich verweise vor allem auf die Zusammenstellung *Stierlins* —, daß tatsächlich recht mannigfaltige psychische Störungen aufgetreten sind, die sich aber im wesentlichen auf ein einheitliches physiologisches Substrat bringen lassen, nämlich auf eine mehr oder weniger starke Alteration des Vasomotorium. *Stierlin* berichtet von Fällen, die in furibundem Verlauf unter schweren Delirien zum Tode führten. In anderen Fällen trat



ein ausgesprochenes *Korsakow*sches Bild unter Delirien ein, ganz in der Art, wie wir es anschließend an Hirnkontusionen sehen. In einzelnen Fällen mag eine Alteration des Gefäßsystems Vorbedingung der Schädigung gewesen sein. Ein Kranker *Stierlins* mit *Korsakow*schem Zustandbild ist 64, ein anderer 65 Jahre alt. Aber die Annahme einer vorher bestehenden arteriosklerotischen Veränderung kann nicht in allen Fällen gemacht werden. Es scheint kaum zu bezweifeln, daß auf dem Wege einer plötzlich einsetzenden und nachhaltigen Schreckwirkung eine Hirnalteration sich entwickeln kann, die in ihrer Wirkung einer zirkulatorisch oder traumatisch bedingten durchaus gleichzusetzen ist. Es können also auf rein psychischem Wege Gehirnalterationen hervorgerufen werden, an deren organischer Natur nicht zu zweifeln ist.

In besonderer Häufigkeit fanden sich nach *Stierlin* in Messina nach dem Unglück leichtere vasomotorische Störungen, Herzklopfen, Herzparoxysmen, Labilität und Steigerung der Frequenz des Pulses, Erdbebenerwartungsangst, monotone ängstliche, der Erdbebensituation entnommene Träume, Schlaflosigkeit, nächtliches Aufschrecken, Schweißausbrüche, kurz das Bild einer Herzneurose mit Andeutung von Phobien.

Eine eigenartige Wirkung zeigte sich anscheinend sehr verbreitet auf dem Gebiet des Affektiven. Es scheint in vielen Fällen zu einer völligen Abspaltung des normalen Gefühlslebens zu kommen. Ich erinnere Sie an die Selbstbeobachtung von *Bälz* bei einem Erdbeben in Tokio, der hier in dieser Versammlung über einen akut eintretenden Verlust aller adäquaten Gefühlsregungen berichtete, und an die Beobachtung *Stierlins*, der berichtet, daß einheitlich bei fast allen Überlebenden eine sonderbare Apathie aufgefallen sei. Wir kennen einen ähnlichen psychischen Vorgang auch sonst anschließend an schwere Gemütserschütterungen und als Folge von Affektstürmen bei Affektverbrechern.

Besonders wichtig scheinen mir einige negative Feststellungen. *Bianchi* hat nach *Stierlins* Mitteilung unter 500 einen Monat nach der Katastrophe Untersuchten keinen einzigen mit dem Bilde der traumatischen Neurose gefunden.

Hysterische Manifestationen fand *Stierlin* fast regelmäßig nur bei Individuen, die schon vor dem Erdbeben hysterische Symptome

geboten hatten. Diese Beobachtungen sind so wichtig, daß es bedauerlich ist, daß keine eingehenden Spezialuntersuchungen und Mitteilungen darüber vorliegen. Vergleicht man hiermit z. B. unsere Beobachtungen bei Eisenbahnunfällen, die hinsichtlich des psychischen Traumas doch ganz ähnlich liegen, so ergibt sich daraus, daß die Häufigkeit der Hysterie bei diesen letzteren nicht in erster Linie in der Schreckwirkung zu suchen ist, sondern in der Verbindung dieser mit den psychogenen Wunschfaktoren. Die Schreckemotion für sich allein — das ist zunächst das wesentliche — ruft einen vasomotorischen neurotischen Komplex hervor und nicht den hysterischen. Dieser vasomotorische Symptomkomplex kann sich anscheinend auf dem Boden völliger normaler psychischer Beschaffenheit durch Schreckemotion entwickeln — man muß das wenigstens nach der großen Häufigkeit des Auftretens nach dem Erdbeben annehmen — und ich möchte gleich hinzufügen, er ist auch der einzige psychogene Symptomkomplex, der keiner psychopathischen Anlage zu bedürfen scheint.

Alle anderen psychogenen Zustandbilder haben den Boden angeborener psychopathischer Konstitution zur Voraussetzung, wie wir sehen werden, so daß man, abgesehen von dem ebengenannten Symptomkomplex, mit *Birnbaum* sagen kann, die psychogene Auslösbarkeit eines psychopathologischen Zustandes ist ein Kriterium der degenerativen Anlage. Das gilt, wie ich glaube, auch schon für die Fälle der eben besprochenen Kategorie, in denen sich der vasomotorische Symptomkomplex als Dauerzustand etabliert und nicht abklingt und sich mit ausgesprochenen Phobien und Zwangserscheinungen kombiniert.

Für die selbständigen Phobien und Zwangserscheinungen ist, um das bald hier zu erledigen, die direkte Abhängigkeit von psychischen Ursachen nach meiner Erfahrung und der Zusammenstellung eines Materials von etwa 80 Fällen aus den letzten Jahren nur in einem kleinen Teil der Fälle ersichtlich. Speziell die Zwangsvorstellungen erweisen sich bei genauerem Zusehen ganz außerordentlich häufig als Begleiterscheinungen endogener periodischer Depressionszustände. Auch manches, was als Angstneurose beschrieben wird, ist nichts anderes als eine periodische Depression oder eine Zyklothymie, bei der die präkordialen und sogenannten neurasthenischen Symptome

im Vordergrund stehen. Darauf hat *Stransky* mit Recht gegenüber dem jüngst erstatteten *Oppenheim*schen Referat über diese Zustände hingewiesen.

Was nun die psychogenen Zustandbilder und Erkrankungen auf dem Boden der Entartung anlangt, so lassen sich nach dem Boden, auf dem sie erwachsen sind, zwei Haupttypen abgrenzen.

Die erste Gruppe wird von psychogenen Zuständen gebildet, bei denen das psychogene psychotische Zustandbild lediglich eine Steigerung einer bestimmten affektiven Anlage bedeutet.

Die zweite Gruppe umfaßt diejenigen psychogenen Erkrankungen, in denen das psychotische Bild der vorhandenen ursprünglichen psychopathischen Konstitution selbständiger gegenübersteht.

Ich bespreche zunächst diejenigen, die der Hysterie am fernsten stehen.

Jeder, der über einige Erfahrung gebietet, kennt Fälle, in denen beispielweise eine Verlobung oder ihre Aufhebung oder ein Todesfall mit dem Ausbruch einer manischen Erregung beantwortet wird. Daß verantwortungvollen Schritten jeder Art, Verlobung, Heirat, Übernahme eines Geschäfts, echte Depressionen folgen können, ist eine, wie ich glaube, durchaus nicht seltene Beobachtung. Trotzdem sind wir weit entfernt, für die manisch-depressive Erkrankung eine psychogene Ätiologie anzunehmen, denn wir sehen sie erfahrunggemäß sehr viel häufiger ohne solche psychische Anlässe rein endogen sich entwickeln.

Es gibt aber eine Gruppe depressiver Erkrankungen, bei der tatsächlich dem psychogenen Moment eine ursächliche Bedeutung beizulegen ist. Es ist das Verdienst von *Reis*, auf sie neuerdings hingewiesen zu haben. Er bezeichnete sie als reaktive Depressionen.

Es sind Depressionszustände auf konstitutionellem Boden. Es handelt sich um Individuen, die von Jugend auf die Neigung haben, die Dinge schwer zu nehmen, deren depressive Affektreaktion stark und auch in der psychischen Durchschnittverfassung von verlängerter Dauer zu sein pflegt. Hier treten nun anschließend an stärkere psychische Erschütterungen ausgesprochene psychotisch-depressive Steigerungen auf, die sich auch dadurch als psychogene kundgeben, daß nicht selten, aber nicht immer mit der Beseitigung der psychischen



Ursache auch die melancholische Steigerung des Grundzustandes zum Schwinden kommt. Unter 117 leichteren Depressionszuständen, die ich in den letzten Jahren in der Sprechstunde gesehen habe, gehörten etwa 8—10 in diese Kategorie. In zwei Fällen war je zweimal der Todesfall nächster Angehöriger das psychogene Moment, in einem dritten trat die erste Depression im Anschluß an eine Verlobung, die zweite im Anschluß an eine Versetzung in ein neues Amt auf. Ein andermal war der Tod der Tochter Anlaß zur ersten, geschäftlicher Verlust Anlaß zur zweiten Depression. Examen, Gutsübernahme, Verbrennungstod der Tochter vor den Augen der Mutter, Heimweh, Notwendigkeit verantwortlicher Entschließungen sind die Ursachen des Ausbruchs der psychotischen Exazerbation gewesen.

Das Zustandbild selbst braucht sich nicht von der echten depressiven Phase der manisch - depressiven Geisteskrankheit zu unterscheiden. Inhaltlich ist charakteristisch, daß der Vorgang, der die Depression auslöste, dauernd unter den depressiven Vorstellungen eine starke Überwertigkeit behält. *Reis* legt mit Recht Gewicht darauf, daß der Umkreis der depressiven Vorstellungen nicht über das dem psychogenen depressiven Komplex psychologisch Zugehörige hinausgeht. Hemmmung ist meist nicht vorhanden. Im Gegenteil treten in manchen Fällen episodisch übertriebene Expressivbewegungen der Verzweiflung, Weinen und ein hysteriformes Gebahren auf. Auch eigentliche hysterische Symptome können hinzutreten. Als zu dieser Gruppe gehörige Fälle wird man nur diejenigen zu bezeichnen haben, in denen lediglich psychisch ausgelöste und keine selbständigen endogenen Depressionen auftreten. Die Grenze nach den einfachen endogenen Depressionen hin wird fließend, wenn neben den psychisch vermittelten spontan oder anschließend an somatische Störungen Depressionen auftreten.

Auf dem Gebiete der selteneren entgegengesetzten, konstitutionell hypomanischen Veranlagung sind reaktive manische Erregungen sicherlich sehr viel seltener. Vielleicht gehören aber z. B. solche Individuen hierher, die, ohne jemals eigentliche manische Erregungen gezeigt zu haben, überraschend in den Besitz großer Mittel gelangt, oder durch eine freudige Erregung in eine Phase gesteigerter Mitteilsamkeit, in eine Schenkneigung und Betriebsamkeit hineingelangen, die weit über das Maß ihrer sonstigen Gemütsart hinausgeht, und die ihnen selbst nachher als krankhaft übertrieben erscheint.



Als eine weitere verbreitetere Gruppe psychogener, nicht hysterischer Erkrankungen sind gewisse, auf dem Boden überwertiger Ideen erwachsene paranoische Prozesse zu bezeichnen. Hier sehen wir unter dem Eindruck affektbetonter Erlebnisse oder einer durch längere Zeit hindurch affektbetonten Situation, in der das Individuum lebt, krankhafte Eigenbeziehung, positive und negative Erinnerungsfälschungen, Beeinträchtigungsideen im Sinne der überwertig gewordenen Idee sich entwickeln. Man kann hier, dem fortschreitenden Wahnprozesse entsprechend, von psychogenen Krankheitprozessen reden. Auch hier bedarf es einer bestimmten degenerativen Anlage. Es sind die bekannten Individuen, die meist von Jugend an eine abnorme Affektreaktionsweise bei Reibungen im sozialen Leben zeigen, insofern ein stark gesteigertes egozentrisches Selbstgefühl sie unangenehme Erlebnisse leicht mit einer persönlichen Note der Beeinträchtigung betrachten läßt. Es ergibt sich daraus die Neigung zum Rechthaberischen, Selbstgerechten und Unbelehrbaren. Solche Individuen können ihren Gang durch das Leben machen, wenn sie Glück haben, ohne daß es zu eigentlichen Psychosen kommt. Sie bleiben lediglich schwierige und unerfreuliche Elemente innerhalb ihrer engeren sozialen Gemeinschaft. Im Anschluß an irgend ein von ihnen als Unrecht aufgefaßtes Erlebnis können sich aber typische paranoische Bilder entwickeln, die dadurch charakterisiert sind, daß im Mittelpunkt das psychische Erlebnis, das den Ausgangpunkt bildete, steht. Es sind das die Psychosen aus überwertiger Idee im Sinne *Wernickes*.

Je enger der Betätigungskreis ist, innerhalb dessen diese Individuen stehen, und je mehr Gesetz, Disziplin und Subordinationszwang Konfliktmöglichkeiten bietet, um so leichter kommt es auch schon bei geringerer pathologischer Anlage zu einer psychotischen Steigerung des abnormen Temperaments. Damit hängt es zusammen, daß die Beamtenlaufbahn und vor allem der enge Rahmen des Gefängnisses zur Auslösung dieser psychogenen Erkrankungen führt.

Der psychogene Charakter tritt gerade im letzten Falle besonders deutlich in Erscheinung, man sieht, wie in vielen Fällen die Versetzung aus dem Gefängnis in ein anderes Gefängnis, in die Beobachtungstation oder in die Irrenanstalt den Prozeß zum Abschluß bringt.



Man sieht ihn unter Umständen später unter ähnlich ungünstigen Verhältnissen neu aufleben.

Auch eine andere Beobachtung zeigt die Psychogenie. Es gibt Anstalten, aus denen unverhältnismäßig viele derartige Kranke sich rekrutieren, während andere fast frei von ihnen bleiben. Das kann von zwei verschiedenen Momenten abhängen. Das eine Moment liegt in der mehr oder weniger verständigen Handhabung der Gefängnisdisziplin durch den Leiter, der bis zu einem gewissen Grade es in der Hand hat, durch sachliche und psychologisch verständige Art bei diesen Individuen der psychotischen Steigerung vorzubeugen.

Ein zweites Moment liegt aber anderwärts, und auch das ist wieder charakteristisch für die Bedeutung der Psychogenie. Kaum irgendwo sehen wir den psychopathologischen Mechanismus dem gesunden, insbesondere dem subalternen, in der Affektbeherrschung unkultivierten Denken so nahestehen, wie gerade bei dieser paranoischen Reaktion, und es ist ohne weiteres klar, daß hier die Bedingungen für eine induktive Entwicklung solcher Zustände besonders günstig liegen. Daher kommt es, daß die Mehrzahl der bekannten Fälle von induziertem Irresein der Kategorie des Quärulantenwahns zugehört. Das induzierte Irresein ist ein exquisit psychogener Erkrankungsprozeß, meist auf dem Boden leichter Debilität erwachsen.

Neuerdings trifft man, wie mir scheint, häufiger als früher diese psychogenen paranoisch-quärulatorischen Bilder bei Unfallrentnern. Vielleicht hängt das damit zusammen, daß die Rentengewährung in neuerer Zeit mit geringerer Munifizenz geschieht als früher. Dadurch wächst die Wahrscheinlichkeit, daß Individuen mit der entsprechenden Anlage im Gefühl ihrer Rechtschädigung leichter den Rentenkampf ins paranoische steigern. Die Vermengung mit psychogenen hysterischen Zügen ist gerade bei den letzteren Fällen besonders häufig, aber auch bei den anderen sehen wir sie nicht selten. Auch *Heilbronner* hat darauf hingewiesen. Die hysterische Komponente drückt sich in hysterischen Stigmen oder, wie mir öfters aufgefallen ist, darin aus, daß die Erinnerungsfälschungen über das bei einfachen paranoisch überwertigen Ideen vorkommende hinausgehen und zur völligen Auswischung unsympathischer Erinnerungen im eigenen Lebensgang führen. Frühere Bestrafungen, Gefängnisaufenthalt u. ähnl. werden völlig vergessen. In dieser Vermengung zeigt sich lediglich der



verwandte degenerative Boden; es wäre verfehlt, die paranoischen Reaktionen dieser Degenerierten selbst als hysterisch zu bezeichnen. Ich glaube auch nicht, daß auf diese Individuen die *Specht*sche Auffassung, daß es sich dabei um manisch-depressive Mischzustände handelt, Anwendung finden darf. Die *Specht*sche Gruppe, deren Heraushebung ich für einen wesentlichen Fortschritt halte, ist eine andere; die Fälle, die ich im Auge habe, stehen dem epileptoiden Temperament näher.

Gehen wir nun zu einem anderen Gebiet psycho- und neuropathischer Veranlagung über, zu den instablen Degenerierten mit erleichterter Affektreaktion und starker Neigung zu Impulsivitäten und dadurch bedingten asozialen Instinkten — *Wilmanns* spricht nicht unpassend von epileptoider Entartung —, so finden wir hier ein Gebiet, auf dem die Psychogenie eine besonders starke Bedeutung hat. Von den bisher geschilderten psychogenen Erkrankungen und Zustandbildern unterscheiden sie sich dadurch, daß es sich hier nicht um psychotische Steigerungen einer Temperamentsanlage handelt, sondern um psychische Zustandbilder, die der ursprünglichen Persönlichkeit unvermittelt gegenüber zu stehen scheinen. Zunächst die epileptischen Zufälle dieser Individuen. Wir wissen, daß bei der echten genuinen Epilepsie der epileptische Anfall endogener Entstehung ist. Wenn er doch gelegentlich auch bei dieser Erkrankung durch äußeren Anstoß, unter Umständen durch eine psychische Erschütterung erfolgt, so werden wir dies doch nicht anders beurteilen, als eine andere Gelegenheitsursache. Wir finden aber gerade bei diesen Degenerierten, die mit der eigentlichen genuinen Epilepsie nichts zu tun haben, daß bei ihnen epileptische Zufälle als exquisit psychisch reaktiv auftreten. *Bratz* insbesondere hat darauf hingewiesen, daß es solche epileptische Anfälle gibt, die mit der genuinen Epilepsie nichts zu tun haben. Er nennt sie affektepileptische Anfälle, man könnte sie auch als reaktiv epileptische bezeichnen. Er weist darauf hin, daß hier, ohne daß es je zur epileptischen Demenz kommt, neben den echten epileptischen Anfällen Ohnmachten, Erregungzustände, Dämmerzustände, poriomanische Attacken vorkommen. Von der echten Epilepsie unterscheiden sie sich durch das Ausbleiben der charakteristischen Demenz, durch das Fehlen der Anfälle von petit mal und dadurch, daß die Anfälle niemals



rein endogen auftreten. Es sind stets äußere Anlässe und zwar ganz überwiegend solche seelischer Natur, durch die sie ausgelöst werden.

Historisch sei bemerkt, daß auch andere Autoren, ich nenne *Westphal* sen., *Pick*, *Oppenheim*, *Binswanger*, *Wilmanns*, *Heilbronner*, *Dana* u. a., ähnliches schon gesagt haben. Auch ich habe bei Besprechung der Degenerationzustände darauf hingewiesen, daß epileptische Anfälle bei Degenerierten vorkommen, ohne daß man von Epilepsie sprechen darf. Das wesentliche Verdienst von *Bratz* ist aber meines Erachtens darin zu erblicken, daß er die Abtrennung der reaktiv-epileptischen Zufälle als einer im Gebiete der psychopathischen Anlage weit verbreiteten generellen pathologischen Äußerungsform von der genuinen Epilepsie in scharfer Weise durchgeführt hat. Er hat damit für manche Fragen, z. B. die der Hysteroepilepsie, die der Pupillenstarre im Anfall bei manchen Hysterischen, das klinische Verständnis gebracht. Daß er mit seiner Feststellung in den wesentlichen Punkten Recht hat, ist mir, wenn ich mein früheres Gefängnis-, unser klinisches Degeneriertenmaterial und neuerdings unsere Fürsorgezöglinge überblicke, über jeden Zweifel erhaben.

Für unsere Betrachtung sind diese Zustände deshalb wichtig, weil sie eine exquisit psychogene Entstehung zeigen. *Bratz* weist vor allem unter Beziehung auf die *Oppenheim*schen Fälle darauf hin, daß die Anfälle zwar nicht ausschließlich bei instablen Degenerierten auftreten, aber es ist kein Zweifel, daß diese solche Zufälle in besonders charakteristischer Weise und am häufigsten darbieten.

Häufiger noch als die eigentlichen epileptischen Anfälle sind bei diesen Individuen, wie ich glauben möchte, die durch emotionelle Erlebnisse und Vorstellungen ausgelösten Dämmerzustände, Erregungs- und Wutanfälle. Der „wilde Mann", der „Blaukoller" beim Anblick des Schutzmanns, manche Fälle von „Zuchthausknall" sind bekannte hierhergehörige Erscheinungen, bei denen unter Umständen der Alkohol vorbereitet; das Ausschlaggebende ist das emotionelle Erlebnis oder die Erinnerung an ein solches. Diese psychogenen Erregungzustände der Degenerierten stimmen hinsichtlich der Gewaltsamkeit der Erregung, der benommenen, auf monotone Vorstellungen eingeengten Bewußtseinsverfassung, der traumhaften Situationsverkennung, hinsichtlich des Verhaltens der Rückerinnerung symptomatologisch mit den epileptischen Erregungen oft ganz überein; in

anderen Fällen zeigt auch innerhalb der Zustände das Erhaltenbleiben einer gewissen Beeinflußbarkeit den psychogenen Charakter, und in manchen Fällen ist ein Moment des Theatralischen und der Übertreibung so ausgesprochen enthalten, daß man von einer hysterischen Komponente sprechen muß.

Eine Schilderung dieser Dämmer- und Erregungzustände im einzelnen kann ich mir versagen, es sind symptomatologisch bekannte Zustandbilder. Einige kleine symptomatologische Züge scheinen bei diesen psychogenen Erregungszuständen der Degenerierten differentiell-diagnostisch gegenüber den echten epileptischen Erregungen bemerkenswert, so die starke Neigung zu ekelerregenden Handlungen, zum Kopropraktischen, das sich in Beschmieren der Wände und des Gesichts, in Kotessen, Urin trinken u. ähnl. kundgibt, und dann die häufige Situationsverkennung im Sinne des tätlichen Bedrohtsein und einer über die Abwehrreaktion hinausgehenden Aggressivität, die sich in sinnlosem Zerschlagen und Demolieren der Inventarstücke äußert.

Besonders zu erwähnen sind noch die Zustände von planlosem Fortlaufen aus psychogener Ursache. Man findet sie bei diesen Individuen, worauf auch *Bratz* hinweist, in allen Abstufungen von dem ausgesprochenen dämmerhaften poriomanischen Zustand mit nachfolgender Amnesie bis zu dem äußerlich geordneten und auch in der Rückerinnerung im wesentlichen rekapitulierbaren, aber innerlich planlosen plötzlichen Umhervagieren. In besonderer Häufigkeit finden sich diese Zustände im kindlichen und im Pubertätsalter der Instablen und werden meist ausgelöst durch Furcht vor der Schule und vor Bestrafungen zu Hause. Die Fürsorgeerziehungsbestrebungen haben uns mit der Häufigkeit dieser Zustände bekannt gemacht, und die Untersuchung der einzelnen Individuen zeigt, ich verweise auf die Zusammenstellungen *Schroeders*, daß es sich zumeist um Instable unserer Kategorie handelt.

Es sind dann noch die paranoisch halluzinatorischen Psychosen zu erwähnen, die ich als einfach paranoide Erkrankungen der Degenerierten beschrieben habe, *Siefert* als halluzinatorisch-paranoische Entartungsformen bei Gefangenen. Sie sind nicht sehr häufig. Der Boden, auf dem sie erwachsen, ist derselbe der Instabilität bzw. der epileptoiden Entartung. Nicht selten findet



man bei diesen Individuen wegen vereinzelter epileptiformer Zufälle die Erwägung der Epilepsie in den Krankengeschichten.

Das Krankheitbild unterscheidet sich von dem bisherigen durch die meist subakute Entwicklung. Das psychogene ursächliche Moment tritt nicht immer in der Form eines bestimmten Erlebnisses zutage. Die Summation zahlreicher ungünstiger psychischer Gefängniseinflüsse läßt das halluzinatorische Bild zur Entwicklung kommen. Symptomgruppierung und Verlauf sind recht charakteristisch. Bei schlechtem Schlaf, unruhigen Träumen, gestörtem Appetit entwickelt sich allmählich eine zunehmende ängstliche mißtrauische Stimmung. Es kommt zu ausgesprochenem Beziehungswahn und zu Gehörstäuschungen. Der Stoff wird lediglich aus dem Gefängnismilieu geschöpft, überall sieht der Pat. sich verachtet und zurückgesetzt. Die Aufseher stehen zusammen, der Kranke bekommt das Essen hinter seinen Genossen, wird nicht zur Freistunde herausgenommen, der Pfarrer in der Kirche spricht mit besonderer Wendung zu ihm. Das Essen schmeckt komisch, er bekommt Magenstörungen davon. Er hört an der Tür flüstern, er hört diskreditierende, verfängliche Bemerkungen, unkorrigierte ängstliche nächtliche Traumerinnerungen werden wahnhaft ausgebildet, es kommt zu ausgesprochenen Beeinträchtigungs- und Vergiftungsideen. Unter zunehmender Angst kommt es nicht selten auf der Höhe der Symptome zu einer paroxysmalen Erregung, in anderen Fällen bleibt das äußere Verhalten geordnet, die Orientierung ist erhalten, der Affekt adäquat. Der psychogene Charakter dieser Erkrankung zeigt sich auch darin, daß der Prozeß, der äußerlich anscheinend die Kriterien des Progressiven zeigt, still steht mit der Herausnahme aus dem Strafvollzug. Der Kranke korrigiert schnell, doch ist die Korrektur häufig nicht vollständig und beschränkt sich auf die absurden Wahnbildungen, während die Beziehungsvorstellungen gegen die Anstaltbeamten auch oft nach Jahren noch festgehalten werden, ohne daß sie jedoch aktiv das Verhalten beeinflussen. Ich habe schon früher darauf hingewiesen, daß es sich bei diesem Festhalten der paranoischen Reste um einen fast psychologischen Vorgang handelt, insofern ein gewisser Grad von Beziehungswahn gegen die Anstaltbeamten dieser Kategorie von Individuen von vornherein innewohnt oder wenigstens im Verlauf mehrfachen Gefängnisaufenthaltes sich bei ihnen festgesetzt hat und deshalb ihrem normalen Denken konform ist. Die



Differentialdiagnose gegenüber progressiven paranoiden Prozessen kann hier schwer werden.

Es bleiben dann noch zur Besprechung die Zustände, die, wie ich annehme, beim Vorstand speziell die Frage nach der Abtrennung psychogener Zustandbilder von der Hysterie angeregt haben: die sogenannten haftpsychotischen Komplexe im engeren Sinne. Sie sind in den letzten Jahren so häufig beschrieben worden, daß ich auf ihre Einzelschilderung verzichten kann. Es sind die *Ganser*schen Dämmerzustände, die psychogenen Pseudodemenzen mit Ausfall der elementarsten Kenntnisse und Erfahrungen, die hysterischen Stuporzustände *Räcke*s, halluzinatorisch-delirante Zustände mit Pseudodemenz und funktionellen Amnesien. Es gehören hierher ferner katatonische Bilder, welche durch die psychogene Auslösung, durch die ausgesprochene Abhängigkeit des Verlaufs von psychischen Faktoren, durch die Vermengung mit *Ganser*schen Symptomen, durch das Ausbleiben aller Defektsymptome trotz jahrelanger Beobachtung — ich verfolge solche Fälle seit mehr als 10 Jahren —, das sofortige Wiederauftreten der katatonischen Bilder nach jeder Internierung sich von den echten Katatonien ohne weiteres unterscheiden. *Kutner* hat sie beschrieben. Es gehören weiter hierher die Fälle von labilem Persönlichkeitsbewußtsein mit autosuggestiven pseudologischen Größenideen unter völliger und wechselnder Umgestaltung der Erinnerung des individuellen Lebensgangs bei erhaltener äußerer Ordnung, oft vermengt mit Zügen der vorerwähnten Bilder.

Bei allen diesen Zustandbildern ist im Gegensatz zu den bisher geschilderten psychogenen Gruppen ein besonderes psychogenes Moment wirksam, das den vorher geschilderten Typen fremd ist oder wenigstens nur gelegentlich innewohnt. Man kann sich der Vorstellung nicht entschlagen, daß sie eine Wunscherfüllung ausdrücken, oft ist es der mehr oder weniger bewußte Wunsch, für geisteskrank zu gelten, in anderen Fällen ist es die Verbindung dieses Wunsches mit dem Traum einer Erhöhung der eigenen Person. Nirgends in der Psychiatrie hat man bei der Beobachtung von vornherein so sehr die Empfindung, daß der ganze Komplex schwinden würde, wenn das psychologische Moment des Wunsches in Wegfall käme. Der Bereich des Vorkommens dieser Zustände und ihr tatsächlicher Verlauf be-



stätigt diese Auffassung. Außerhalb der Gefängnisse und außerhalb der Rentenhysterien sind diese Zustände äußerst selten. Die Bilder klingen ab mit der Erreichung des Zieles der Überführung in die Irrenanstalt oder mit der Annäherung an das Strafende. Prognostisch am ungünstigsten liegen die Fälle, in denen, wie bei den Rentenpsychosen, der psychologische Hintergrund des Wunsches dauernd wirksam bleiben muß. Ich brauche in diesem Kreise von Fachgenossen nicht zu betonen, daß der Schlüssel für diese Zustände nicht einfach in dem Worte Simulation gelegen ist. Aber dieses bei all diesen Fällen durchscheinende Motiv des unbewußten oder halbbewußten Wunsches ist es, daß diese Bilder dem hysterischen Typus anreiht, und ich trage deshalb nach meiner Auffassung der Hysterie kein Bedenken, sie als hysterische zu bezeichnen. Wenn trotzdem die Mehrzahl der Autoren, die sich in den letzten Jahren auf Grund eines größeren Erfahrungsmaterials mit diesen Psychosen beschäftigt haben — ich nenne *Siefert*, *Birnbaum*, *Wilmanns*, *Lückerath* —, sie nicht der Hysterie subsumieren, sondern den weiteren Namen Degenerationspsychosen vorziehen, so sehe ich darin keinen Gegensatz. Es gibt hier, wie ich schon sagte, keine scharfe Grenze, und es ist durchaus richtig, daß ein Teil dieser Individuen außerhalb des Haftkomplexes in der Freiheit keinen speziell hysterischen Typus, sondern lediglich den der Instabilität und der epileptoiden Entartung zeigt. Ich meine aber, wo die Auslösung der psychotischen Komplexe und die Verdrängung der normal psychologischen Vorgänge so sehr unter dem Einfluß von Wünschen erfolgt, wie es hier der Fall ist, ist es am Ende doch im Interesse der klinischen Abgrenzung, sie als hysterische von den vorgenannten psychogenen abzugrenzen.

M. H.! Ich bin am Schlusse und glaube die wichtigsten psychotischen Zustände und Prozesse aufgeführt zu haben, die wir mit Sicherheit als psychisch verursacht ansprechen dürfen.

Verhandlungen psychiatrischer Vereine.

Forensisch-psychiatrische Vereinigung zu Dresden.

129. Sitzung am 28. Oktober 1909. Geheimer Justizrat ·. *Frese* in Meißen (als Gast): Der Querulant und seine ntmündigung.

Redner gibt zunächst eine Begriffbestimmung des Querulanten. cht jeder, der queruliere, leide an Querulantenwahnsinn; es gehöre ·rzu die wahnhafte Systematisierung, bei der der Kranke den Stoff zum ıerulieren nicht in äußeren Anlässen, sondern in sich selbst und in nem Wahne findet. Wann sei nun die Entmündigung wegen Querutenwahns angezeigt? Sie sei nur dann gerechtfertigt, wenn der Querut zur Abwendung einer Gefährdung seiner Person und seines Vergens der besonderen Fürsorge bedürfe. Dieser bedürfe er aber meist ht, deshalb werde auch der Antrag auf Entmündigung fast nie von Angehörigen gestellt. Nun könne diesen Antrag noch die Staatsvaltschaft stellen, aber auch nur, wenn es im Interesse des zu Entndigenden läge. Liege es nun im öffentlichen Interesse, die Querueen zu entmündigen? Meist seien diese nicht gemeingefährlich, sondern mlose Leute, wohl aber belästigen sie die Behörden mit ihren Eingaben. se Belästigungen würden aber durch die Entmündigung nicht begt, sondern eher noch befördert. Es sei auch nicht richtig, dass der nke deshalb eines gesetzlichen Vertreters bedürfe, damit Behörden ihm rechtswirksam verhandeln könnten. Denn die Behörde würde Vormund verständigen, der seinerseits wieder pflichtgemäß den rulanten bescheiden müßte, worauf dieser eine erneute Eingabe an Behörde verfassen wird. Auch wenn die Entmündigung nicht ausrochen werde, so leide doch der Querulant dauernd an einer die Wirkceit seiner Handlungen beeinflussenden Störung der Geistestätigkeit sei für alle mit dieser zusammenhängenden Handlungen geschäftshig. Er sei bürgerlich-rechtlich nicht schlechtweg geschäftsunfähig, Willenserklärungen seien aber insoweit, als sie Angelegenheiten ffen, auf die sich sein Querulantenwahn erstreckt, durch den Wahn ·einflußt, daß insoweit seine freie Willensbestimmung ausgeschlossen



erscheine. Demzufolge seien die Behörden durchaus berechtigt, alle Eingaben eines nicht entmündigten Querulanten in Angelegenheiten, auf die sich sein Querulantenwahn erstreckt, pro nihilo zu achten. Dies Verfahren, die Eingaben eines Querulanten unbeantwortet zu lassen, habe nicht nur den Erfolg, daß die Behörden der Last fortwährender Bescheidungen überhoben würden, sondern wirke auch auf den Querulanten äußerst günstig, indem eine Beruhigung einträte und sich so die Zahl der Eingaben ganz erheblich vermindere. Es liege also auch im eigenen Interesse des Querulanten und verhelfe zu seiner Gesundung.

Diskussion. — Geheimer Medizinalrat Dr. *Weber*: Es ist wünschenswert, daß mit den Querulanten anders verfahren wird als bisher. Vom Vortragenden seien die schwachsinnigen Querulanten, die nicht verstehen, was sie schreiben, nicht erwähnt worden, sie seien aber nach derselben Methode zu behandeln. Die Entscheidung, ob Jemand Querulant sei oder nicht, sei schwieriger geworden, weil schwache Geister neuerdings aus einer Literatur reichlich Nahrung schöpften, die grundsätzlich jede Rechtsprechung herunterreiße. Ein solch Irregeleiteter sei z. B. der Mann gewesen, der im Reichsgericht geschossen habe. — Mit dem Vortragenden sei er einverstanden, daß man die Querulanten nicht entmündige. Die Konsequenz der Entmündigung sei die Unterbringung in eine Anstalt.

Geheimer Sanitätsrat Dr. *Ganser*: Nach den Worten des Vortragenden könnte es den Eindruck machen, als ob Querulanten durchweg harmlose Menschen wären. Für einen großen Teil derselben sei das richtig, doch scheuten einzelne Querulanten vor Gewalttaten nicht zurück, andere schädigten einzelne Personen durch öffentliche, gröbliche Beschimpfung und erfüllten somit den Begriff der Gemeingefährlichkeit. Dagegen halte er Querulanten, welche nicht nur für sich, sondern auch für Andere unsinnige Eingaben machten und diese dadurch erheblich schädigten, nicht für gefährlich, sonst müßten auch Kurpfuscher als gefährlich angesehen und eingesperrt werden. Die Belästigung der Behörden könne nie als Gemeingefährlichkeit gelten.

Oberamtsrichter Dr. *Weltz*: Es gäbe bei einigen Querulanten noch eine Beruhigungsmethode, nämlich daß man sie auf das Gericht bestellt und sie hier ohne Widerrede eine längere Aussprache halten läßt. Diese Aussprache sei gewissermaßen eine heilende, also mehr ärztliche Maßnahme.

Geheimer Justizrat Dr. *Frese*: Diese Letzteren seien wohl nicht die typischen Querulanten.

Oberjustizrat Dr. *Behrmann*: Gerade erst das Entmündigungsverfahren sei der Anlaß zu einer Steigerung des Querulantenwahns und sei der Tummelplatz für einen Schwarm von Eingaben. Er sei deshalb durchaus für den Vorschlag, den Querulanten nicht zu entmündigen.

Oberlandesgerichtsrat Dr. *Baring* (als Gast): Nach dem Vorschlage

des Vortragenden müsse man wohl eine partielle Geisteskrankheit und partielle Geschäftsfähigkeit für möglich halten, was doch nicht angängig sei.

Oberlandesgerichtsrat Dr. *Weingart*: Einem Untersuchungsgefangenen, der den Untersuchungsrichter mit Eingaben überschüttete und sich dann auch wiederholt über den Richter beschwerte, sei gestattet worden, wöchentlich zweimal zwei Eingaben zu schreiben, wobei er sich beruhigt habe. Er begrüße den Vorschlag des Herrn *Frese*, bei der Staatsanwaltschaft eine Zentralstelle zur Kenntnis der Querulanten zu errichten. Vielleicht könnten auch die Namen der Querulanten im Justiz-Ministerialblatt veröffentlicht werden.

Geheimer Sanitätsrat Dr. *Ganser*: Das sie bedenklich, weil der Querulant auch einmal eine richtige Eingabe machen könne, die ihm dann ohne Weiteres als krankhaft ausgelegt werden würde.

130. Sitzung am 25. November 1909. Anstaltsarzt Dr. *Schob*-Dresden: Schwachsinnigenfürsorge.

Der Vortrag ist in der psychiatrisch-neurologischen Wochenschrift Jahrgang 1910/11 erschienen.

Diskussion. — Geheimer Sanitätsrat Dr. *Ganser*: Für die Einführung des Fürsorgegesetzes in Sachsen sei die sich von selbst aufdrängende Beobachtung der großen Menge der Verwahrlosten maßgebend gewesen. Man habe die Verwahrlosung zunächst hauptsächlich auf Mangel an Erziehung zurückgeführt, in der praktischen Erfahrung habe sich aber gezeigt, daß sie zum großen Teile dem Schwachsinn zur Last zu legen sei. Man habe deshalb nach Vorgang anderer deutscher Länder auch in Sachsen dem Psychiater beim Fürsorgegesetz einen größeren Einfluß eingeräumt.

Die Formen des Schwachsinns seien mannigfaltig. — Er habe eine Reihe von Knaben beobachtet, die konsequent die Schule versäumten, planlos in der Stadt herumliefen und allerlei Streiche ausführten, die aber erst in späteren Jahren als Schwachsinnige erkannt werden konnten.

Amtsgerichtspräsident Dr. *Becker*: Aus unserer Vereinigung sei der Gedanke der Mitwirkung des Arztes bei der Fürsorge-Erziehung, wenn auch erst in später Stunde, hervorgegangen. Im Stadium, wo das Gesetz zur Anwendung kommen soll, müßten wir fragen: wie können wir augenblicklich der Sache dienen? Er wende sich deshalb an die Ärzte mit der Bitte, tätig mitzuhelfen. — Da die Vorbereitung zur Fürsorge-Erziehung im einzelnen Falle für den Richter oft Wochen in Anspruch nähme, so sei es wünschenswert, wenn es Anstalten gäbe, in die der Fürsorge-Zögling vorläufig untergebracht und veilleicht auch psychiatrisch beobachtet werden könnte.

Gerichtsarzt Dr. *Butter*: Bei der Auswahl der geeigneten Fürsorgezöglinge laste auf dem Gerichtsarzte eine sehr große Verantwortung, zumal er meistens nur auf eine einmalige Untersuchung angewiesen sei. Er sei daher nur imstande, eine grobe Auswahl zu treffen.



Nervenarzt Dr. *Stegmann*: Die Frage, ob ein Kind erziehbar sei oder nicht, könne der Arzt allein nicht beantworten. Es wäre selbst dem sachverständigen und erfahrenen Psychiater häufig nicht möglich, zu einem abschließenden Urteil zu gelangen. Er möchte deshalb davor warnen, praktischen Ärzten in privater Tätigkeit die Untersuchungen der Fürsorgezöglinge anzuvertrauen.

Anstaltsarzt Dr. *Schob*: Den Vorschlag, die Kinder vorläufig unterzubringen, habe er auch anderwärts gemacht, hier aber nicht erwähnt, weil er befürchte, man würde auf die hierzu ganz ungeeigneten Bezirksanstalten zurückkommen. Adnexe an Irrenanstalten seien geeigneter zur Beobachtung.

Oberarzt Dr. *Nitsche*: Zu warnen sei vor einer zu großen Zentralisation dieser schwachsinnigen Zöglinge, da sie einer ganz individuellen Behandlung bedürften. — Man solle mit der Anwendung des Wortes Schwachsinn möglichst vorsichtig sein, man solle lieber detaillieren: Störungen des Gemüts, des Willens usw.

Amtsgerichtspräsident Dr. *Becker*: Im Gesetz sei nur vom Arzt, nicht vom Psychiater die Rede. Wenn also irgend ein Arzt seine Beobachtungen oder Bedenken dem Richter gegenüber geltend mache, so würde eben oft die weitere Untersuchung des Zöglings beanzeigt erscheinen. Zu dem Ermittlungsverfahren sei der Arzt unbedingt notwendig.

Geheimer Sanitätsrat Dr. *Ganser*: Es sei gar nicht zu bezweifeln, daß zur Beurteilung der Frage, ob ein Zögling psychopathisch sei oder nicht, nur der Psychiater maßgebend sein könne. Auch sei nur der Psychiater zur Leitung von Anstalten für Psychopathen geeignet. — Die Unterbringung der Jugendlichen werde sich in Dresden allmählich durch Ausbau der hiesigen Heil- und Pflegeanstalt finden. Für das platte Land schlage er vor, Beobachtungsabteilungen an die Irrenanstalten anzugliedern oder eine Zentralstelle unter ärztlicher Leitung zu errichten.

Geheimer Rat Dr. *Weber*: In die sächsischen Landesanstalten könnten die Zöglinge nicht aufgenommen werden, da Kinder unter 14 Jahren nicht Aufnahme finden dürfen. Bezirksanstalten seien ungeeignet. Es sei aber von ihm vorgeschlagen worden, an zwei Anstalten Erziehungsadnexe zu bauen; doch sei das abgelehnt worden, weil der Staat diese Aufgabe den Verbänden überlassen wollte. Jugendliche gehörten auch nicht in Anstalten, die für ausgesprochen Geisteskranke bestimmt seien.

Nervenarzt Dr. *Stegmann*: Er bedauere mißverstanden zu sein. Auch er sei der Ansicht, daß der Psychiater neben dem Lehrer zur Beurteilung des Zöglings durchaus kompetent sei. Doch sei in einer Sprechstunde, bei einer kurzen Vorführung des Jugendlichen ein Urteil, ob psychopathisch oder nicht, nicht zu fällen. Zu dieser Feststellung sei Anstaltbeobachtung notwendig.

Dr. med. *Faust* (als Gast): Die Aufgabe, die jetzt dem Arzte bei der Beurteilung der Zöglinge zufalle, sei sehr umfangreich und zeit-



raubend und könne deshalb von dem Arzte nicht unentgeltlich geleistet werden.

Es wird darauf eine Kommission von 7 Mitgliedern zur weiteren Beratung der zu machenden Vorschläge gewählt.

131. Sitzung am 26. Januar 1910. Anstaltarzt Dr. *Schubart*-Dresden: Die jugendlich Schwachsinnigen im Strafrecht. Das Referat ist in der Monatsschrift für Kriminalpsychologie und Strafrechtsreform VII. Jahrgang erschienen. Korreferent: Rechtsanwalt *J. Lehmann*-Dresden.

Diskussion. — Geheimer Sanitätsrat Dr. *Ganser*: Ihm sei es immer unverständlich gewesen, daß die wissenschaftliche (ärztliche) Deputation den § 56 bei seiner Einführung gutgeheißen habe, und daß man die Frage nach der geistigen Reife des jungen Täters von dem rein verstandesmäßigen Einsichterfordernis abhängig gemacht habe. Wenn das jetzt im neuen Vorentwurf geändert werden solle, so sei dies nur zu begrüßen. Referent habe scheinbar übersehen, daß die Einsicht für die Strafbarkeit eines Deliktes auch beim gesunden Jugendlichen und beim Erwachsenen fehlen könne, und daß dies nicht immer auf Geistesschwäche beruhen müsse, sondern in der Art des Delikts liegen könne.

Anstaltoberarzt Dr. *Hoffmann*-Bautzen: In praxi und im einzelnen Falle sei nach seiner Erfahrung die Entscheidung sehr schwierig, ob man einen kriminellen Jugendlichen aus der Gefängnishaft in die Erziehungsanstalt geben solle. — Er bevorzuge in geeigneten Fällen Unterbringung in Familie.

Oberarzt Dr. *Nitsche*: Daß man früher bei der Beurteilung der Zurechnungfähigkeit so viel Wert auf das verstandesmäßige Erkennen — das Diszernement — legte, sei historisch zu erklären, weil sich die Psychiatrie erst in den letzten Dezennien zu der noch nicht einmal allgemein anerkannten Erkenntnis durchgerungen habe, daß es Geistesstörungen auch ohne Störungen im Vorstellungsablauf gäbe. — Die untere Grenze der Strafmündigkeit — das 14. Lebensjahr — erscheine ihm zu niedrig, da noch bis zum 16. oder 18. Lebensjahre die Pubertätzeit dauere und mit dieser psychische Alterationen verbunden seien, welche auf die Willenshandlungen großen Einfluß hätten. Der Schaden einer zu niedrigen unteren Altersgrenze scheine nicht groß zu sein, wenn von § 51 mehr Gebrauch gemacht werde.

Anstaltsarzt Dr. *Schubart*: Die Strafmündigkeitsgrenze sei keine rein ärztliche Frage. Das 14. Lebensjahr sei im Entwurf als untere Grenze gewählt worden, weil die Schulerziehung hier aufhört und das Kind in das soziale Leben eintritt. Bei Erziehung in Familie könne die Kontrolle des Jugendhilfsvereins segensreich wirken. — Er glaube, es sei von Psychiatern allgemein anerkannt, daß Störungen des Gemüts- und Trieblebens allein die Ursache zu verbrecherischen Handlungen sein könnten,



da ja das Krankheitbild der moral insanity dem Wesen nach nicht mehr bestritten würde.

Oberjustizrat Dr. *Behrmann* weist auf die großen Schwierigkeiten der Unterbringung bestrafter Schwachsinniger in geeigneten Anstalten zur Fürsorgeerziehung hin.

Gerichtsarzt Dr. *Butter* bestätigt aus seiner Erfahrung die nachteilige Wirkung der Gefängnishaft auf Jugendliche.

Rechtsanwalt *Lehmann*: Der Strafprozeßentwurf gehe in der Erziehungsfrage weiter als der Strafgesetzentwurf. Es sei zu wünschen, daß der letztere sich dem ersteren anpasse.

Anstaltsarzt Dr. *Kötscher*-Hubertusburg bespricht die Lage der Unterbringung schwachsinniger Jugendlicher in Sachsen, und schlägt eine unter ärztliche Leitung zu stellende Sonderabteilung für Jugendliche, an eine sächsische Landesanstalt angegliedert, vor.

Anstaltsoberarzt Dr. *Ranniger*-Waldheim schließt sich dem an und hält Großhennersdorf für geeignet zu diesem Zweck.

17. Versammlung des Nordostdeutschen Vereins für Psychiatrie und Neurologie in Danzig am 4. Juli 1910.

Anwesend waren: *Steinert*-Speichersdorf, *Mootz*-Schwetz, *Deutsch*-Lauenburg, *Hieronymus*-Lauenburg, *Hantel*-Neustadt, *Schulz*-Danzig, *Loepp*-Danzig, *Krüger*-Tapiau, *Havemann*-Tapiau, *Birnbaum*-Schwetz, *Ketz*-Konradstein, *Herse*-Neustadt, *Ermisch*-Treptow, *Popp*-Allenberg, *Pinsky*-Allenberg, *Krakow*-Tapiau, *Wallenberg*-Danzig, *Tobias*-Allenberg, *Rothamel*-Danzig.

Der Vorsitzende begrüßt die Versammlung nach Eröffnung der Sitzung um 11 Uhr.

Als nächster Versammlungsort wird für 1911 Danzig, als Geschäftsführer werden *Wallenberg*-Danzig und *Schulz*-Danzig vorgeschlagen und gewählt.

Nach Vorlage des Kassenberichts für 1909/10 wird der Beitrag für 1911 auf 1 Mark festgesetzt.

Den Tod des Kollegen *Meschede* ehrt die Versammlung durch Erheben von ihren Sitzen.

Der Vortrag des Prof. *Meyer*-Königsberg über Korsakow'schen Symptomenkomplex nach Strangulationsversuch muß leider ausfallen, da der Vortragende durch den Allensteiner Prozeß am Erscheinen verhindert ist.

Für das nächste Jahr (1911) hat *Meyer*-Königsberg ein Referat über Apraxie in Vorschlag gebracht und als Referenten seinen ersten Assistenten Herrn Privatdozent Dr. *Goldstein*. Die Versammlung erklärt sich damit einverstanden.



Hantel-Neustadt: Über die praktische Verwertbarkeit der Nonne'schen Reaktion im Liquor cerebrospinalis.

Vortr. berichtet, unter Berücksichtigung der bisher bekannten Resultate von Untersuchungen der Cerebrospinalflüssigkeit auf den Druck, den Zell- und Eiweißgehalt, über das Ergebnis seiner Untersuchungen des Liquors nach diesen Methoden in 49 Fällen, speziell über den Ausfall der *Nonne*'schen Reaktion. *Nonne*'s Phase I war positiv in sämtlichen Fällen von Paralyse (21) und Hirnlues (4), sowie je einmal bei multipler Sklerose, Dementia senilis und Paranoia mit spastischer Spinalparalyse. Phase I war negativ bei funktionellen Psychosen (10), davon 3 mit nachgewiesener Lues, bei Alkoholismus (3), Epilepsie (7) und hereditärer Chorea (1). Diese immerhin kleine Zahl von Untersuchungen bestätigt die Auffassung *Nonne*'s von der Phase I seiner Ammonium sulf.-Reaktion, wenn ganz minimale Opalescenz als negativ bezeichnet wird. Die Reaktion erweist sich als ein wichtiges Kriterium für die Differentialdiagnose der Paralyse und Hirnlues gegenüber Neurasthenie, funktionellen Psychosen, Alkoholismus und Epilepsie mit Lues in der Anamnese. Die bisher bekannten Ausnahmen von positiver Phase I bei diesen Krankheiten kommen praktisch kaum in Frage. Es hat sich überdies mitunter eine klinische Fehldiagnose herausgestellt, wie in den Fällen *Nonne*'s; seine Neurastheniker mit Lues in der Anamnese und positiver Phase I wurden Paralytiker. Der positive Ausfall der Phase I erweist sich danach auch als ein wichtiges Frühsymptom der Paralyse. *Hantel* hält für die Praxis, die aus äußeren Gründen auf die *Wassermann*'sche Reaktion häufig verzichten muß, die *Nonne*'sche Reaktion in Verein mit der Feststellung des Zellgehaltes im Liquor nach *Fuchs-Rosenthal* für ein besonders wertvolles diagnostisches Hilfsmittel für die Erkennung der Paralyse, wenn sie auch eine Differentialdiagnose zwischen Paralyse und Hirnlues nicht gestattet. Vielleicht ergeben jedoch weitere, vergleichende Untersuchungen mit der *Guillain*'schen Methode geeignete Resultate, da nach einer Mitteilung von *Meier* in seinen Fällen von Lues cerebri Phase I deutlich stärker war, als die Trübung mit Magnes. sulf., während er bei der Paralyse diesen Unterschied vermißte.

Zu dem Vortrag *Hantel*s sprechen *Wallenberg*, *Steiner*, *Hieronymus*.

Loepp-Danzig: Über zentrale Optikus-Endigungen beim Kaninchen.

Vortragender erstattet einen vorläufigen Bericht über Versuche, die er über die zentralen Optikusendigungen bei Kaninchen mit der *Marchi*-Methode angestellt hat. Seine Resultate stimmen im Großen und Ganzen mit denen früherer Untersucher überein. Er beschränkt sich daher auf eine kurze Mitteilung der Befunde, soweit sie in strittigen Fragen eine positive oder negative Entscheidung ermöglichen.

1. Eine Commissura interretinalis fand sich bei den Kaninchen nicht



im Chiasma, denn der dem nicht enukleierten Auge zugehörige Optikus zeigte keine degenerierten Fasern.

2. Eine Radix pedunculi und lentiformis des Optikus, wie sie von *Monakow* und *Henschen* angegeben wird, war bei den Kaninchen nicht nachweisbar.

3. Andererseits konnte bei sämtlichen Kaninchen eine Radix Luysiana des Optikus nachgewiesen werden. Ein kleines Bündel von Optikusfasern bleibt ungekreuzt im Tuber cinereum ventrolateral von der Basis des 3. Ventrikels liegen, es kreuzt dann schließlich auch — nachdem die Hauptkreuzung der Optici schon längst beendet ist — und hinkt dem gekreuzten Optikus in einzelne Fasern aufgesplittert in einer gewissen Entfernung nach, ohne ihn jedoch zu erreichen. Die Fasern schließen sich dann wieder in einem Bündel zusammen und dringen zwischen Pes pedunculi und *Meynert*'scher Kommissur in den Hirnstamm ein. Sie durchziehen dann auf dem Wege der Septen den Pes pedunculi und splittern im Corpus Luys und zwar hauptsächlich in dessen lateralem Teil auf. Es ist dies also im Großen und Ganzen eine Bestätigung von Befunden, wie sie teils auf entwicklungsgeschichtlichem Wege, teils mit der *Marchi*-Methode von anderen Forschern gemacht sind, bes. von *Stilling*.

4. Vortragender glaubt bei dieser Art von Kaninchen auf Grund seiner Befunde eine gewisse Differenz in der Lokalisation der Optikusfasern im Corpus geniculatum laterale der gekreuzten und ungekreuzten Seite annehmen zu dürfen.

5. Es besteht eine gewisse Gegensätzlichkeit in der Endigung von Optikusfasern innerhalb des vorderen Vierhügels auf der gekreuzten und ungekreuzten Seite. Auf der gekreuzten Seite dringen die Optikusfasern in das mittlere Mark des vorderen Vierhügels ein, und von hier aus strahlen dann feine Fasern bis in das oberflächlichste Grau aus. Auf der ungekreuzten Seite endigen die Optikusfasern im mittleren Mark um die dort vorhandenen Ganglienzellen herum, es findet hier keine weitere Ausstrahlung von Fasern dorsalwärts statt.

6. Der Tractus peduncularis transversus findet sich nur auf der gekreuzten Seite degeneriert. Er löst sich ungefähr zwischen vorderem Vierhügel und Corpus geniculatum mediale vom Tractus opticus ab, schlingt sich ventromedial um den Pes pedunculi herum, um sich an der Basis zwischen dem medialen Rande des Pes pedunculi und dem Pedunculus corporis mamillaris in den Hirnstamm einzusenken, kurz vor dem Austritt des N. oculomotorius. Dort endet der Tractus in seinem ventrolateral vom Nucleus ruber gelegenen Kern, dem Nucleus tractus peduncl. transversi von *Bechterew* und *Kölliker*. Einige Fasern sieht man noch in der Richtung nach der medialen Schleife zu ausstrahlen, ohne sie jedoch sicher zu erreichen. Eine Verbindung der Fasern mit dem Nucleus ruber ist nicht nachweisbar.

Diskussion. — *Wallenberg*.

Wallenberg. *Rothamel*.



2. Sitzung der Pommerschen Vereinigung für Neurologie und Psychiatrie zu Stettin am 17. Februar 1911.

Anwesend waren die Herren *Deutsch*-Ückermünde, *Ermisch*-Treptow a. R., *Haenisch*-Stettin, *Halbey*-Ückermünde, *Jödicke*-Kückenmühle, *Marcus*-Eckerberg, *Mercklin*-Treptow a. R., *Neißer*-, *Neumeister*-, *Niesel*-, *Samuel*-Stettin, *Schnitzer*-Kückenmühle, *Schultze*-Greifswald, *Schulze*-Stettin, *Serog*-Greifswald, *Tomaschny*- u. *Vollheim*-Treptow a. R.

Vorsitzender: Herr *Mercklin*-Treptow a. R.

Jödicke-Kückenmühle demonstrierte zuerst einen Kranken mit *Huntington*scher Chorea und dann einen jugendlichen Kranken, welcher einen hysterischen Anfall produzierte, der genau einen epileptischen nachahmte.

Horstmann-Stralsund: Über den Zug ins Negative.

Vortragender erblickt in der Übernahme des Begriffes der affektiven, volontären und intellektuellen Ambivalenz in unsere klinische Betrachtungsweise ein großes Verdienst *Bleulers*, wodurch wir in theoretischer Hinsicht um ein gutes Stück vorwärts gekommen sind. Auch er erkennt in den elementaren Kontrastvorgängen unseres Seelenlebens die Unterlagen für alle konträren Strebungen und paradoxen Rezeptionen. Lediglich zur Gewinnung einer breiteren Basis spricht Vortr. vom Zug ins Negative im Gegensatz zum Negativismus, einem Begriff, der mehr auf die pathologischen Verhältnisse bezogen zu werden pflegt. Als besonders begünstigendes Moment zur Entstehung von negativen Handlungen und Auffassungen wird die in der Normalpsychologie festgestellte leichte Möglichkeit der Inversion eines Lustgefühles in ein Unlustgefühl und umgekehrt bezeichnet. Alle negativen Neigungen haben recht eigentlich ihre Wurzel im Affektiven.

Vortragender verspricht sich von einer mehr genetischen Betrachtungsweise der einschlägigen normal-psychologischen Verhältnisse, von der Vertiefung in unsere Alltagpsychologie, von der Analyse der höheren geistigen Prozesse, die in Geschichte, Kultur und Ästhetik ihren Niederschlag haben, und in deren Entwicklung man auch immer wieder auf psychologische elementare Kontrastvorgänge stoßen wird, ein erhöhtes Verständnis für vieles, was uns im Leben und am Krankenbett paradox und a priori unfaßbar erscheint.

Mercklin-Treptow: Über Migräne.

Im Krankheitbilde der Migräne ist noch vielerlei klinisch und theoretisch zu klären. Sammelforschung und Untersuchungen der Kranken in geeigneten Stoffwechsellaboratorien sind erwünscht. — Bezüglich des Vorkommens zeigte sich in dem Beobachtungsmaterial *M.*s eine gleiche Beteiligung der Geschlechter. Die gegenteilige Angabe der Lehrbücher



(Prävalieren der Frauen) erklärt sich wohl durch den Umstand, daß erwachsene Frauen eher als Männer die Zeit finden, sich in ärztliche Behandlung zu begeben. — Wenn der Anfall auch meist halbseitig beginnt, kann für die Diagnose an der Halbseitigkeit des Schmerzes nicht mehr festgehalten werden. Am wichtigsten ist der paroxysmale Charakter, die Einleitung des Anfalls durch Vorboten und Aura, der häufige Abschluß mit Erbrechen. *Möbius* betonte, daß jeder dieser Akte allein vorkommen und den Anfall darstellen kann; es muß hinzugefügt werden, daß hierbei auch jeder Akt verschiedene Gestaltung zeigen kann. Bezüglich der psychischen Vorboten sind für den Psychiater jene Fälle von besonderem Interesse, in welchen statt der gewöhnlichen Dysphorie (Mattigkeit, Müdigkeit, Reizbarkeit) im Gegenteil ein Zustand ausgesprochener Euphorie dem Anfall vorangeht (Beob. n. *Gowers*). *M.* beobachtet einen Prediger, bei welchem jedesmal zunächst ein Zustand vermehrten Wohlgefühls, gehobener Stimmung vorangeht. Er arbeitet mehrere Stunden besonders leicht geistig, hat dann Flimmerskotom ½ Stunde, Schmerzanfall 4—6 Stunden, Übelkeit, nur selten Erbrechen, gewöhnlich Abschluß mit mehrmaliger wässeriger Darmentleerung, welche sehr erleichternd wirkt. — Besonders erschreckend für die Patienten und deren Umgebung ist das Vorkommen von starkem Schwindel als isolierter Prodromalerscheinung. *M.* berichtet über einen derartigen Fall. Die starke Belastung der betreffenden Dame mit Migräne, welche auch eine an Migräne leidende Tochter besaß, der Mangel jeder intervallären Erscheinung bei intaktem Gefäßsystem erleichterte die Diagnose, welche auch durch den weiteren Verlauf bestätigt wurde. — Der Schmerz ist in seltenen Fällen nicht im Kopf, sondern in der Halswirbelsäule lokalisiert. *M.* sah einen solchen Fall. Die Fälle, in welchen kardialgische Anfälle ein Äquivalent der Migräne gebildet haben sollen, sind sehr zweifelhaft. — Größte Vorsicht ist bezüglich der Diagnose sog. Migränepsychosen geboten. *M.* hat nur einmal bei einem 28jähr. Mädchen nach gehäuften Migräneanfällen eine Psychose von 10tägiger Dauer gesehen, bei welcher unter andauernden Klagen über halbseitigen Kopfschmerz zahlreiche Sensationen und schreckhafte Halluzinationen bestanden. (Totes Kind und Tiere im Zimmer.) Schneller Übergang in Luzidität mit teilweiser Amnesie. Ähnliche Psychosen sind bei Hysterischen, Degenerierten nach psychischen Traumen nicht selten. Auch hier waren andere Anzeichen von Nervosität vorhanden, auch psychische Ursachen, so daß die Diagnose der Migränepsychose nicht einwandfrei blieb. Epileptische Symptome hatte diese Kranke auch in ihrem späteren Leben nicht.

In weiteren kritischen Ausführungen lehnt *M.* die Identifizierung der Migräne mit der Epilepsie ab, wenn auch mancherlei naheliegende Ähnlichkeiten zwischen beiden endogenen und zu periodischen Anfällen führenden Krankheiten in die Augen fallen. Zu untersuchen bleibt, ob nicht öfters bei den sog. progredienten Migränefällen dazutretende Lues

die Migräne in eine der Epilepsie näherstehende Form überführt (Vorführung einer bezüglichen Krankengeschichte).

Die noch dunkle und möglicherweise nicht ganz einheitliche Pathogenese der Migräne reizt zu Erklärungsversuchen. Wenn man auch eine ererbte „hemikranische Veränderung“ (*Möbius*) des Gehirns, bzw. der Rinde als Grundlage und vasomotorische Störungen bei den Anfällen als mitwirkend ansieht, bietet sich doch als Einzelursache für den jeweiligen Anfall die Annahme einer Autointoxikation („Gehirnvergiftung“, *Möbius*) immer wieder an. Vor allem weisen die Störungen des Allgemeinbefindens, die seltene initiale Euphorie ebenso wie die Dysphorie, die Unruhe, Reizbarkeit, Müdigkeit, Prostration, welche zum Ausgleich durch Schlaf hindrängt, nach toxikologischen Analogien auf eine Giftwirkung hin. Auch die sekretorischen Akte bzw. Abschlüsse, welche vielen Kranken Erleichterung gewähren oder das Ende des Anfalls bedeuten (Erbrechen, Salivation, Tränenfluß, profuse Sekretion der Nasen-, der Rachenschleimhaut, Schweißausbrüche, Polyurie) bedeuten möglicherweise Ausgleichvorgänge und würden bei den chemischen Untersuchungen besonders zu beachten sein. Nach den von *Bräuning* mitgeteilten Fällen (Wechsel von Migräneperiode mit Diabetes insipidus. Berlin. klin. Wschr. 1910 S. 803) könnte für eine Reihe von Fällen an giftige Wirkung zurückgehaltener Endprodukte des Stoffwechsels gedacht werden, während andere Beobachtungen es näher legen, anzunehmen, daß durch innere Sekretion in die Blutbahn gelangte Stoffe beim Anfall wirksam sind.

In therapeutischer Beziehung ist besonders auf die eingehenden Vorschriften hinzuweisen, welche *Edinger* (Deutsche Klin. am Eing. des XX. Jahrhunderts) gegeben hat. *M.* erschien es immer wichtig, die Kranken zu einer verfeinerten Selbstbeobachtung zu erziehen, so daß sie die ersten leisen Vorläufer, die Veränderungen des Allgemeinbefindens erkennen und schon bei ihnen, nicht erst beim Beginn des Schmerzes, die symptomatische Behandlung beginnen.

Diskussion. — *Neißer*-Stettin: In einem der Fälle, nach denen sich Koll. *Mercklin* erkundigte, wurden durch salzarme Kost die Insipidusbeschwerden in ausgezeichneter Weise und für mehrere Jahre so weit beseitigt, daß Pat. seinen Dienst fortsetzen konnte. Vor kurzem stellte sich eine neue Kopfschmerzperiode ein, und im Anschluß daran ging Patient unter Bildung multipler Thrombosen im Gebiet der Cava inferior schnell zugrunde. Die Autopsie ergab die Zeichen alter Lues in Aorta, Milz usw. (*Wassermann* war damals negativ, vor dem Tode positiv); im Gehirn nur eine kleinhaselnußgroße Cyste der Zirbeldrüse; deren mikroskopische Untersuchung steht noch aus. Wieweit sie für die zerebralen Symptome verantwortlich zu machen ist, ist nicht sicher zu sagen; man weiß, daß Zirbeldrüsenaffektionen symptomlos verlaufen, Vierhügelsymptome machen oder sexuelle Hypoplasien veranlassen können, aber auch Polydipsie, wie in unserem Falle, ist beschrieben worden.

Die migränische und die epileptische Familiendisposition sind klinisch wohl durchaus zu trennen, dagegen dürfte für beide ebenso wie für die Zyklothymien e i n biologisches Grundgesetz zu suchen sein.

Nicht sowohl neuralgische als vasomotorische Prozesse scheinen mit der migränischen Disposition verknüpft zu sein.

Als Ausgang schwerster Migräne hat Redner Pachymeningitis haemorrhagica autoptisch beobachtet.

Haenisch - Stettin erwidert auf eine Anfrage des Herrn Prof. *Neißer*, daß *Cornelius* auch die Migräne seiner Massagebehandlung unterwerfe und über gute Erfolge berichte. Ihm selbst fehle an Migränekranken die Erfahrung. — Auf weitere Bemerkungen, in denen der Wert der *Cornelius*schen Methode überhaupt geleugnet wird, sagt er, seine Beschäftigung mit der Nervenmassage sei zu kurz, um ein abschließendes Urteil zu gestatten, doch habe er in einer Reihe von Fällen peripherer, neuralgischer, neuralgiformer, auch chlorotischer und chronisch-rheumatischer Schmerzen gute Erfolge gesehen. Skeptisch steht er der Nervenmassage bei Fällen wirklicher Hysterie und Neurasthenie gegenüber, somit sieht er, wie er dies auch *Cornelius* gegenüber persönlich betont hat, keinen zwingenden Grund, die „Nervenpunktlehre" als Ganzes anzunehmen. Ihre Grundtatsachen dagegen, die umschriebenen, meist weit am Körper verbreiteten Schmerzpunkte, bei deren Reizung umschriebene Muskelkontraktion eintritt, und ihre therapeutische Verwertbarkeit hält er für erwiesen.

Samuel-Stettin: Zu den Ausführungen des Herrn *Mercklin* möchte ich zunächst bemerken, daß nach meinen Erfahrungen das Auftreten der Migräne beim weiblichen Geschlecht erheblich häufiger beobachtet wird als beim männlichen, namentlich soweit Erwachsene in Frage kommen. Die typische Migräne ist eine überaus häufige Erkrankung und durchaus kein Leiden der Wohlhabenden, im Gegenteil, mir ist es aufgefallen, wie häufig sie bei der arbeitenden Bevölkerung anzutreffen ist. Diese Beobachtung mag ihre Ursache haben in dem Umstande, daß durch das Krankenkassengesetz der Arzt häufiger aufgesucht wird, sicherlich wirkt aber die immer weiter ausgedehnte Beruftätigkeit der Frauen mit zur Verschlechterung der Gesundheit und zum häufigeren Auftreten der Migräne. Bei mindestens 75 % aller Fälle ist gleichnamige Heredität nachweisbar, und es spielt die mütterliche Belastung eine besondere Rolle.

Zu den bekannten Gelegenheitursachen möchte ich noch den Hunger erwähnen, namentlich wenn zugleich geistige Erregungen und körperliche Anstrengungen mitwirken. — Trotz aller Theorien ist das Wesen der Migräne durchaus ungeklärt. Daß irgendeine und zwar angeborene Disposition vorhanden ist, kann wohl als sicher gelten.

E. Schultze-Greifswald berichtet über einen Fall von Migräne, der dadurch gekennzeichnet war, daß viele Anfälle durchaus denen der



*Menière*schen Krankheit entsprachen. Die von dem Vortragenden an den Tag gelegte Skepsis gegenüber den Migränepsychosen hält er für sehr berechtigt; die von ihm beobachteten Fälle gehörten vielmehr zu den hysterischen Formen.

Hinsichtlich der Therapie legt er großen Wert darauf, daß Migränekranke häufiger kleine Mahlzeiten zu sich nehmen, daß beispielweise die Schüler auch in den Pausen etwas essen.

Gegenüber Herrn Stabsarzt Dr. *Haenisch* bemerkt er, daß der von ihm ausgesprochene Wunsch erfüllt sei; denn Privatdozent Dr. *Vorkastner*, Oberarzt der Psychiatrischen und Nervenklinik in Greifswald, habe sich eingehend mit der Massage nach *Cornelius* beschäftigt und darüber vor kurzem im Greifswalder medizinischen Verein ausführlich berichtet. *Vorkastner* konnte in allen Fällen von funktionellen Neurosen die psychogene Natur der durch die *Cornelius*sche Massage gewonnenen Punkte feststellen. Seine Methode wirkt nur als Suggestivtherapie. In anderen Fällen entspricht das Verfahren von *Cornelius* nur einer Modifikation der schon lange bei Neuralgien angewandten Massage. *Cornelius* bringe uns nichts Neues, und was er uns Neues lehre, sei nicht einwandfrei. (Vgl. das kurze Autoreferat von *Vorkastner*, Deutsche med. Wschr. 1911 S. 186).

Mercklin-Treptow: Neuralgien außerhalb der Anfälle sind bei Migränekranken nicht auffallend häufig. Die von Prof. *Neißer* erwähnten vasomotorischen Zufälle, Ohnmachten, sah M. ebenfalls bei dem Sohn eines Migränekranken. Sie glichen völlig den bei Hysterischen und Psychopathen überhaupt vorkommenden Ohnmachtanwandlungen.

Die angenommene Selbstvergiftung ist natürlich reine Hypothese. Sie mahnt ebenso wie alle bisherigen praktischen Erfahrungen, die allgemeine hygienisch-diätetische Behandlung der Migränekranken möglichst eifrig durchzuführen.

Serog-Greifswald: Psychische Störungen bei Stirnhirntumoren und die Beziehungen des Stirnhirns zur Psyche.

Von drei in der letzten Zeit in der Greifswalder Nervenklinik beobachteten Fällen ausgehend, werden zunächst die psychischen Störungen bei Stirnhirntumoren besprochen. Das, was die erwähnten Fälle an psychischen Störungen boten, war kurz zusammengefaßt: im ersten Fall: Benommenheit, Schlafsucht, gemütliche Abstumpfung, Vergeßlichkeit, ausgesprochener Negativismus; im zweiten Fall: Benommenheit, stumpfe Euphorie, örtliche und zeitliche Desorientiertheit, Merkfähigkeitstörungen, Konfabulationen; im dritten Fall: ein dem zweiten Falle durchaus ähnliches psychisches Bild, auffallend war hier noch eine gewisse hemmunglose, oft eigentümlich witzelnde Art des Patienten. Die Bedeutung eines Lokalsymptoms kommt keiner der hier beobachteten psychischen Erscheinungen zu, insbesondere gilt dies auch von der sogenannten „Witzel-



sucht", die ebenso wie der — im zweiten und dritten Falle sehr ausgesprochene — *Korsakoff*sche Symptomenkomplex als Allgemeinsymptom aufzufassen und wie dieser wohl als Folge der Bewußtseintrübung anzusehen ist.

Im Anschluß an die Besprechung der Fälle werden sodann die Beziehungen des Stirnhirns zur Psyche überhaupt erörtert. Alle die verschiedenen für die Anschauung, daß das Stirnhirn Sitz der „Intelligenz" sei, angeführten Tatsachen beweisen diese Anschauung nicht, weil, selbst soweit die angeführten Tatsachen richtig, die daraus gezogenen Schlüsse nicht zwingend sind; dagegen spricht eine Reihe von Erfahrungen gegen eine derartige Rolle des Stirnhirns. Auch der Weg allgemein-psychologischer Betrachtung führt zu dem Resultat, daß die Intelligenz nicht im Stirnhirn, überhaupt nicht in einem besonderen Hirnteil lokalisiert sein kann, sondern daß sie eine Funktion der gesamten Großhirnrinde ist. Allerdings ist damit nicht ausgeschlossen, daß bei den intellektuellen Funktionen, als deren Grundlage wir die Tätigkeit der gesamten Großhirnrinde ansehen müssen, das Stirnhirn doch eine besondere Rolle spielt. Der auffallende Parallelismus, der zwischen der Ausbildung der bewegungskoordinatorischen Fähigkeiten und der der höheren psychischen Funktionen besteht — aufrechter Gang und Intelligenz bilden sich in der Tierreihe zu gleicher Zeit und in gleichem Maße aus —, kann daran denken lassen, daß sich die Fähigkeit bewußter Koordination, die offenbar die Hauptaufgabe des Stirnhirns darstellt, nicht nur auf Bewegungen, sondern auch auf Vorstellungen erstreckt, daß es also entsprechend der Koordination von Bewegungen auch eine „assoziative" Koordination gibt. Eine besondere Fähigkeit des Stirnhirns, vermöge deren es diese „assoziative" Koordination ausführt, ist natürlich auszuschließen, ihr Zustandekommen vielmehr so zu erklären: wie es bei der Koordination der Bewegungen bekanntlich Sensibilitätempfindungen (im weitesten Sinne) sind, durch welche die Abstufung und Zusammenordnung der Bewegungen, d. h. eben ihre Koordination, erreicht wird, so entspricht der Rolle, die die Sensibilitätempfindungen bei der Koordination von Bewegungen spielen, im Falle der „assoziativen" Koordination das, was wir als „Gefühlsbetonung" der Vorstellungen bezeichnen; durch sie erfolgt jene Abstufung in der Intensität der Vorstellungen, die zu ihrer Koordination gehört und sie bedingt.

Zum Schluß wird das Resultat der Ausführung noch einmal kurz dahin zusammengefaßt:

1. Bestimmte, für eine Schädigung des Stirnhirns charakteristische psychische Symptome gibt es wahrscheinlich nicht, insbesondere ist die sogenannte „Witzelsucht" ebenso wie die Benommenheit und der bei Hirntumoren überhaupt öfter zu beobachtende *Korsakoff*sche Symptomenkomplex als ein durch die Hirndrucksteigerung bedingtes Allgemeinsymptom aufzufassen.



2. Abzulehnen ist auch die Auffassung, daß die „Intelligenz“ im Stirnhirn lokalisiert sei; vielmehr kann als Grundlage der intellektuellen Funktionen nur die Tätigkeit der gesamten Großhirnrinde in Betracht kommen. Damit ist nicht ausgeschlossen, daß innerhalb dieser Tätigkeit das Stirnhirn noch eine besondere Rolle spielt, möglicherweise ist dabei seine — auch sonst wesentlichste — Eigenschaft als Koordinationszentrum irgendwie von Bedeutung.

Diskussion. — *Halbey*-Ückermünde, der sich vor Jahren mit mimisch-physiognomischen Studien beschäftigt hat, macht zur Frage der Lokalisation der Intelligenz auf seine damaligen Beobachtungen aufmerksam, die in Übereinstimmung mit den Experimenten *Hallervordens* stehen, und die in der neurol.-psychiatr. Wchnschr. veröffentlicht sind (1906). Photographien, die aus zwei rechten Gesichtshälften bestehen, zeigen einen anderen Gesichtsausdruck, wie Photographien, die aus zwei linken Gesichtshälften zusammengesetzt sind, und zwar erscheinen die erstgenannten Bilder heller, luzider, mehr apperzeptiv, und sie spiegeln gewissermaßen die Intelligenz des betreffenden Individuums wieder, während die letztgenannten Bilder einen dunkleren, perzeptiven oder affektiven Eindruck erwecken, als ob sie mehr die gemütlichen Funktionen des Individuums nach außen projizieren. Der Gedanke liegt also sehr nahe, anzunehmen, daß die Intelligenz des Menschen an die linke Hemisphäre des Gehirns gebunden, während die rechte Hemisphäre mehr die Trägerin der gemütlichen Funktionen ist. Auffallend ist, daß bei Linkshändigen die Verhältnisse umgekehrt liegen. *Niesel.*

134. Sitzung des Psychiatrischen Vereins zu Berlin am 11. März 1911.

Anwesend: *Borchardt*-Berlin a. G., *Bratz*-Dalldorf, *M. Edel*-Charlottenburg, *Emanuel*-Charlottenburg a. G., *Falkenberg*-Lichtenberg, *Jacob*-Berlin-Kudowa a. G., *Kutzinski*-Berlin a. G., *H. Laehr*-Schweizerhof, *Lahse*-Potsdam, *Moeli*-Lichtenberg, *Mucha*-Franz. Buchholz, *Munter*-Berlin, *Pappenheim*-Heidelberg a. G., *Placzek*-Berlin, *Sander*-Dalldorf, *Schmidt*-Wuhlgarten, *Schmitz*-Neuruppin, *Schulze*-Eberswalde, *Seige*-Berlin a. G., *Sklarek*-Buch, *Spliedt*-Waldfrieden, *Stier*-Berlin a. G., *Urstein*-Berlin a. G., *Viedenz*-Eberswalde, *Vieregge*-Lichtenberg, *Werner*-Buch, *Weiler*-Westend, *Ziehen*-Berlin, *Zinn*-Eberswalde.

Vorsitzender: *Ziehen*-Berlin.

Edel- und *Emanuel*-Charlottenburg: Kasuistische Bemerkungen zur Lues cerebri u. deren Behandlung.

Emanuel teilt aus der *Edel*schen Anstalt 19 Beobachtungen über die Wirkung der Salvarsanbehandlung an psychiatrisch-neurologischem Ma-



terial mit. (Seitdem zahlreiche neue Beobachtungen mit gleichem Resultat.) Über die Erfolge der Kur bei zwei Fällen von basaler gummöser Meningitis wird ausführlich berichtet. Charakteristisch ist die prompte Wirkung besonders auf Temperatur und Kopfschmerzen, dagegen war auch bei wiederholten Gaben die Wirkung keine nachhaltige. Diesen Fällen wird ein Fall von luischer Konvexitätsmeningitis gegenübergestellt, bei dem Jodbehandlung allein ebenfalls prompt die bedrohlichen und quälenden Symptome beseitigte.

In Übereinstimmung mit *Oppenheim* und anderen Autoren läßt sich also bezüglich der Anwendung des Salvarsans bei diesen Fällen sagen, daß es nicht mehr zu leisten scheint wie Quecksilber und Jod, daß es aber noch Effekte haben kann, wo diese Mittel versagen. Da man sich auf die Dauerwirkung nicht verlassen kann, empfiehlt es sich, der Salvarsanbehandlung rechtzeitig Quecksilberbehandlung folgen zu lassen.

Bei einer Apoplexie auf luischer Basis war kein Erfolg nach Salvarsan zu verzeichnen. Bei einem Falle von Tabes wurden die lancinierenden Schmerzen einige Tage besser, verschlimmerten sich aber dann wiederum. Bei einem anderen Tabiker, der infolge eines Abszesses nach der Injektion sehr heruntergekommen war, schloß sich kurz darauf eine paralytische Erkrankung an.

Bei sämtlichen Fällen von Paralyse, die auf Wunsch der Angehörigen der Kranken behandelt wurden, waren die Resultate durchaus negativ. Weder die Fälle des „Wetterleuchtens" konnten ihrem Schicksal durch das Mittel entrissen werden noch auch die übrigen Abstufungen der Erkrankung. Außer einer vorübergehenden Besserung von Kopfschmerzen in einem Falle, wurde weder ein günstiger Einfluß auf das körperliche Befinden noch auf die psychischen Erscheinungen gesehen. Bei einigen Fällen mußte man direkt den Eindruck gewinnen, daß der Verlauf in ungünstigem Sinne beeinflußt wurde.

Bei Paralyse ist daher von einer Salvarsanbehandlung abzuraten, wenn es sich nicht um Fälle handelt, bei denen die Diagnose zweifelhaft sein kann.

Sehr merkwürdig ist bei Paralyse die umstimmende Wirkung der Salvarsanbehandlung auf die *Wassermann*sche Reaktion. Daß das Negativwerden der *Wassermann*schen Reaktion nicht als Beweis für einen heilenden Einfluß aufgefaßt werden kann, lehrt ja schon die klinisch zu beobachtende Tatsache, daß die Reaktion bei zunehmendem Verfall negativ bleiben kann. Einer von uns (*Emanuel*) ist zurzeit mit Versuchen über diesen Gegenstand beschäftigt. Bekanntlich geben Kaninchen, ohne daß sie Lues haben, häufig eine positive *Wassermann*sche Reaktion. Wendet man bei diesen Tieren Salvarsan an, so kann man öfters eine Herabsetzung des Titers der *Wassermann*schen Reaktion, ja sogar ein völliges Umschlagen der positiven Reaktion sehen. Die Versuche sind noch nicht abgeschlossen. Der Vortragende macht nur mit großer Reserve Mitteilung von ihnen.



M. Edel-Charlottenburg: Den Worten des Herrn *Emanuel* schließe ich mich an. Bei den Fällen von progressiver Paralyse sind unsere Erfahrungen keineswegs ermutigend; wir machen hier Salvarsaneinspritzungen nur auf dringendes Ersuchen der Angehörigen unserer Kranken. Bei den Fällen von Lues cerebri dagegen haben wir wenigstens vorübergehend günstige Erfahrungen gemacht; ich möchte daher für diese die Salvarsaneinspritzungen als eine dankenswerte Bereicherung unseres Arzneischatzes betrachten.

L. Borchardt-Berlin: Demonstration.

Der 24 jähr. Patient, der im September 1910 in die Klinik aufgenommen wurde, ist nach Angabe der Angehörigen — Patient selbst kann keine Auskunft geben — im Januar 1910 erkrankt. Erbliche Belastung, toxische oder Berufschädlichkeiten sollen nicht vorliegen, syphilitische Infektion wird bestritten. Kurz vor Beginn der Erkrankung Kopftrauma, aber ohne schwerere unmittelbare Folgeerscheinungen. Zwei Wochen nach dem Unfall setzte die Krankheit ein mit Erbrechen, Zittern in der rechten Hand, Schmerzen im rechten Fuß und Gedächtnisabnahme. Etwas später Verwirrungszustand mit Sprachstörung und rechtseitiger Mundfacialisparese. Nach 14 Tagen Besserung und wieder normale Sprache. Im März 1910 Erbrechen und Zittern der rechten Hand stärker ausgesprochen, dazu kamen Halsschmerzen. Die damals vorgenommene Blutuntersuchung fiel positiv aus. Im März heiratete Patient; zehn Tage später abermals Erbrechen, so stark, daß er ins Krankenhaus gebracht wurde und dort rektal ernährt werden mußte. Im Krankenhaus verlor er im Verlauf weniger Tage die Sprache ganz. Das rechte Bein und der rechte Arm wurden zusehends paretisch und gerieten allmählich in Kontrakturstellung. Die Intelligenz soll gelitten haben; eine Remission oder ein früherer Krankheitschub ist nicht beobachtet.

Patient zeigt das Bild einer rechtseitigen Hemiplegie mit extremer Beugekontrakturstellung der betroffenen Gliedmaßen. Keine Hirndruckerscheinungen, Pupillen und Augenhintergrund normal. Soweit zu beurteilen, keine Hemianopsie. Augenbewegungen frei. Patient hat bisher noch kein Wort gesprochen, führt auch die einfachsten Aufträge nicht aus, fixiert aber den Anrufer stets sofort und folgt einem vorgezeigten Gegenstand mit den Augen. Eine Verständigung mit ihm ist absolut unmöglich. Auf Schmerzreize reagiert er, anscheinend auf linkseitige Reize stärker, als auf rechtseitige. Die Blutuntersuchung (im Oktobre 1910) fiel negativ aus, doch hatte Patient im Mai eine energische Schmierkur durchgemacht. Lumbalpunktion: Phase I Opaleszenz, Phase II: Trübung. Lymphozytose. *Wassermann* positiv. Patient bekam im September, im November und im Februar Hata, zweimal intramuskulär, daß letztemal intravenös.

Es handelt sich um eine Herderkrankung in der linken motorischen Region mit starker Beteiligung der Sprachregion. Am wahrscheinlichsten ist



ein luischer Prozeß, vielleicht eine Kombination von gummöser und vaskulärer Läsion. Eine Besserung durch Salvarsan ist nicht erzielt worden.

D i s k u s s i o n. — *Pfister*-Westend berichtet über die Erfahrungen mit Salvarsan in Dr. *Weilers* Kuranstalten. Bei den behandelten Paralytikern wurde — abgesehen von zwei der, auch bei Unbehandelten vorkommenden und deshalb nicht sicher auf die Injektion zu beziehenden Remissionen — keine Änderung des Zustandes beobachtet. In einem nach dreimonatigem Intervall zum zweiten Male mit 0,5 S. gespritzten Falle von Lues cerebri war außer dem Negativwerden der *Wassermann*schen Reaktion kein Erfolg zu verzeichnen.

M. Edel: Ich möchte nicht unterlassen, darauf noch besonders hinzuweisen, daß in den zwei von Herrn *Emanuel* zuerst erwähnten Fällen von Lues cerebri die rasenden Kopfschmerzen, welche eine Patientin zum Selbstmordversuch trieben, nach der Salvarsaninjektion prompt verschwanden und die Kranken sich glücklich und wie befreit fühlten. Die eine Kranke vertrug außerdem keine Schmierkur und war äußerst elend, so daß die Salvarsankur hier wie eine rettende Tat wirkte, wo andere Mittel versagt hatten.

Ziehen: D e m o n s t r a t i o n.

Vortr. stellt einen jetzt 47 jähr. Kanzleisekretär vor, der nicht wesentlich belastet ist, normal veranlagt war, kein Alkoholist ist, aber im Jahre 1900 (nach Angabe der Ehefrau; nach seiner eigenen 1894) wegen eines harten Schankers mit Quecksilbereinspritzungen behandelt wurde. 1890 bis 1903 Militär. Keinerlei Anhaltpunkte für Epilepsie oder Hysterie. Im November und Dezember 1910 leichte nervöse Symptome. Januar 1911 Affektshock durch eine für ihn sehr günstige Versetzung. In der nächsten Nacht setzte er sich plötzlich im Bett auf und behauptete, er werde bewacht: er habe geheime Akten aus dem Ministerium mitgebracht, und man gebe jetzt acht, daß er sie seiner Frau nicht zeige; draußen seien Leute, die er sprechen müsse. Der Arzt verordnete Bettruhe. Nach vier Tagen neuer Affektshock durch Rückversetzung in seine alte Stelle. Er stand oder saß nun immer regunglos und weinte viel. Als sein jüngstes Kind in diesen Tagen getauft wurde, kniete er lange in der Kirche, betete und weinte viel. Er sprach dann überhaupt nichts mehr. Keine Toilettenvernachlässigung; nur wollte Patient sich sein Haar nicht mehr schneiden lassen. Keine Unanständigkeiten. Angeblich in letzter Zeit Nachlaß des Gedächtnisses: er verlegte öfter Sachen und fand sie nicht wieder. Er berichtete über Stimmen, die ihm gesagt hätten, er habe nie an Gott geglaubt und solle jetzt ein neues Leben anfangen u. a. m. Oft sprach er auch davon, daß es bald Krieg gäbe. Am 16. Februar 1911 erfolgte die Aufnahme in die psychiatrische Klinik der Charité.

Die k ö r p e r l i c h e U n t e r s u c h u n g ergab im wesentlichen einen normalen Befund. Nur zeigten die Pupillen eine leichte Ungleich-

heit. Die Lichtreaktion der rechten Pupille erschien bei der ersten Untersuchung träg und unausgiebig, später war sie stets beiderseits normal. Auch das Nachsprechen von Paradigmen erschien anfangs etwas verdächtig, später wurden auch schwierigere Testwörter stets normal nachgesprochen. Reflexe sämtlich normal. Bei der Lumbalpunktion entleerte sich wasserklare Flüssigkeit im Strahl; Phase I Spur Opaleszenz, Phase II leichte Trübung, keine Lymphozytose, *Wassermann*sche Reaktion negativ. Ebenso *Wassermann*sche Reaktion im Blut negativ.

Psychischer Befund. Bis zu sieben Zahlen werden richtig nachgesprochen. Ein einfaches Multiplikationsexempel wird nach Einschaltung zweier Zahlenreihen richtig reproduziert. Einfache Rechenaufgaben werden richtig gelöst, ebenso auch Gleichungsaufgaben (auch $\frac{x}{9} = 7$). Begriffsentwicklung und -differenzierung normal (z. B. Irrtum „unwissentlich", Lüge „wissentlich"). Konzessiv- und Kausalsätze werden richtig und geschickt ergänzt. *Masselon*sche Probe normal. Rückläufige Assoziationen bis zu drei Zahlen (inkl.) richtig. *Ebbinghaus*sche Probe fast fehlerlos, doch unterschreibt sich Patient als Stabsarzt. Ein Fünfeck mit einem einspringenden Winkel wurde einmal umgekehrt (Vertauschung von oben und unten) reproduziert.

Zeitlich und örtlich war Patient bei der Aufnahme völlig orientiert. Als seine Krankheit gab er Syphilis an. Er berichtete selbst, daß er Ende Dezember öfter dasselbe erzählt und seine Sachen verlegt habe, auch sei die Sprache seit zwei Monaten nicht mehr so geläufig. Seine Stimmung bezeichnete er selbst als heiter; er sei nur ruhiger geworden als früher. In der Tat war er zunächst ganz ruhig. Als ihm aber der *Ebbinghaus*bogen zur Ausfüllung vorgelegt wurde, sprach er plötzlich laut in etwas singendem Ton: „Es sollen wohl Berge weichen und Hügel hinfallen, aber meine Gnade... noch heute sollst du mit mir im Paradiese sein... Gott sei mir Sünder gnädig." Dann starrte er vor sich hin und hielt den Atem an. Später reibt er sein Taschentuch mit der Bewegung des Waschens zwischen den Händen. Als Grund gibt er an, er müsse seine Sünde abwaschen. Über die Sünde gibt er zuerst keine Auskunft, dann äußert er: „Ich bin der größte Schwindler, Betrüger und Mörder gewesen." [Wen gemordet?] „Ich muß doch jemand gemordet haben, mein eigenes Kind jedenfalls doch." [Welches Kind?] „Mein außereheliches; um das hab' ich mich garnicht gekümmert." [Wie gefällt es Ihnen hier?] „Schlecht." [Warum?] „Fegefeuer, Hölle." [Wieviel Geld besitzen Sie?] „Nichts." [Ich denke, Sie sind reich!] „Meine Seele besitze ich noch; — — ich besitze auch noch 1000 Taler"... [Wieviel Zinsen bringen die?] „Die bringen im Jahr 50 000 Mark."

Sehr bald nach der Aufnahme erfolgte ein schwerer Erregungsausbruch. Patient schrie laut: „Der schwarze Kerl soll fort." Einen

Pfleger biß er in die Schulter. 6—7 Pfleger mußten ihn halten. Als er nachmittags nach dem Grund seines Tobens gefragt wurde, antwortete er: „Ich weiß von gar nichts. Ach, das tut mir ja sehr leid." Nachher weinte er. Am folgenden Tage wiederholte er seine Selbstanklagen wegen des unehelichen Kindes und beschuldigte sich, auch beim Militär überall Quartiergeld und Kleidungsgeld „abgeknöpft" zu haben. Als Grund seines Schreiens gab er fürchterliche Todesangst an. Auf Vorhalt, daß ihn hier doch niemand töten werde, äußerte er lachend: „Ja, wenn ich das gewußt hätte." Als er wieder aufgefordert wurde, „Dampfschiff-schleppschiffahrt" nachzusprechen, sagte er: „Ich möchte mich nicht wegschleppen lassen, ich möchte lieber mit Volldampf vorausgehen." Am Abend wieder ein schwerer Anfall von Angsterregung. Am 19. Februar weigerte sich Patient, sich zu waschen: er wolle sich nicht seinen Körper, vielmehr seine Seele von Sünden abwaschen. Vielfach betete er mit pathetischer Stimme in regungloser Haltung. Den Arzt bezeichnet er als „Teufel".

Als er am 20. Februar nochmals gefragt wurde, ob er reich sei, antwortete er: „Nein, arm wie eine Kirchenmaus; wer die Bibel hat, ist reich." [Tüchtiger als die anderen?] „Ich tüchtiger? Ich tüchtiger? Das hab ich früher gedacht, ich Narr!"... [Warum beten Sie?] „Der liebe Herrgott soll mir die Sünden vergeben; ich habe ihm nicht geglaubt — weil ich ein übermütiger Mensch war. Ich bitte bloß Gott, daß ich möchte einen Weg finden. O Herr Gott, bitte, hilf; ich habe so viel Schlechtes getan." Er bezichtigte sich dann immer wieder des Diebstahls, geschlechtlicher Sünden, übrigens nie in sinnloser Weise. Oft starrte er lange Zeit fast ohne Blinzeln zum Fenster. Einmal steht er nackt in strammer militärischer Haltung mit geschlossenen Augen. Auf Befragen antwortet er schließlich: „Weil ich soviel gesündigt habe, ich erwarte jetzt meine Strafe von Gott." Einen Biß in seine Hand motivierte er mit seiner Todesangst; jetzt habe er auch noch etwas Angst, er werde aber versuchen, sie zu überwinden; zuletzt sei ihm der Tod willkommen gewesen. Zeitweise verweigerte er die Nahrungsaufnahme. In einem klaren Augenblick sagte er selbst: „Ich war so mißtrauisch, daß da irgendwas drin wäre — alles aus Angst". Einmal behauptet er auch Raben, Störche und Habichte durchs Fenster gesehen und nach den Raben „mit Katapulten geschossen zu haben". An dem bez. Tag wurde übrigens eine schwere Phlegmone konstatiert; Temp. 39,4. Den Verband riß er wiederholt ab. Keine Verunreinigung. In den folgenden Tagen meist Mutismus. Am 2. März äußerte er einmal selbst: „Ich möchte gern gesund werden." 4. März. [Wie gehts?] „Ganz gut. Ich kann über nichts klagen." [Müssen sie denn noch beten?] „Nicht immerzu; aber meiner Mutter möchte ich gern helfen" (weinend). [Was fehlt ihr denn?] „Senkung soll sie haben; sie muß sich so mühselig durchquälen. Ich möchte doch meiner Mutter auch helfen. Ich möchte sie doch so gern

besuchen". Am 6. März bezeichnete er seine Selbstanklagen selbst als „Dummheit". Am 7. März berichtete er einen Traum von 7 jähriger Zuchthausstrafe; er müsse doch irgend etwas begangen haben. [Glauben Sie denn das jetzt noch?] „Eigentlich glaube ich doch nicht, daß ich soviel gesündigt habe; ich habe doch wenigstens versucht, ehrlich zu leben, keine Schulden zu machen u. dgl."... [Glauben Sie denn, daß Sie bestraft werden?] „Das glaube ich doch nicht; ich habe doch schon soviel gelitten. Vielleicht habe ich schon genug gelitten. Zeigen Sie mir doch bitte den richtigen Weg, daß ich gesund werde und ehrlich leben kann" (fängt an zu weinen).

In der Nacht vom 8. zum 9. März kam es nochmals zu einem schweren Erregungsfall; Patient warf dabei einen Stuhl in der Mitte des Zimmers und sagte: „Jetzt hat der Schwarze seinen Lohn." Nach dem Beweggrund gefragt, äußerte er später: „Es war eine Eingebung". [Hatten Sie auch Angst?] „Auch Angst." Am 10. März bat er selbst um leichte Arbeit.

Bei Befragen in der Sitzung gibt Patient nur schriftlich Antwort: er dürfe nicht sprechen, weil er früher ein solches Plappermaul gewesen sei. Schließlich schreibt er in Morseschrift an die Tafel. Die Frage, ob er Sünden begangen habe, verneint er durch Kopfschütteln.

Vortr. erörtert hierauf die in diesem Fall in Betracht kommenden Diagnosen: Dementia paralytica, Dementia hebephrenica (s. praecox), Paranoia acuta und Eknoia. Der Verdacht auf Dem. paralytica war anfangs äußerst dringend wegen der anamnestischen Angaben über Gedächtnisdefekt und wegen der syphilitischen Infektion. Auch war anfangs die Sprachartikulation und vielleicht auch die Pupillenreaktion (damals nicht von mir selbst geprüft) nicht ganz einwandfrei. Später fehlten alle körperlichen Symptome. Ein Merkdefekt war nicht nachweisbar. Vor allem spricht aber der negative Befund der Lumbalpunktion und der Blutuntersuchung sehr entschieden gegen Dem. paralytica. — Für die katatonische Form der Dem. hebephr. sprach namentlich die Tendenz zu katatonischen Symptomen und einzelne Bizarrerieen bzw. bizarren Äußerungen (50 000 M. Zinsen, Schießen nach Raben mit Katapulten u. a. m.). Gegen Dem. hebephrenica sprechen, abgesehen von dem Alter, sehr entschieden die lebhaften, konsequenten, oft fein nuancierten Gefühlsbetonungen und die Intaktheit der Kombinationsfähigkeit. Letztere ergab sich nicht nur bei der systematischen Kombinationsprüfung (*Ebbinghaus*probe usf.), sondern ergibt sich uns auch aus der oft sehr sinnreichen und zusammenhängenden, „zentrierten" Kombination der Wahnvorstellungen. Speziell ist auf die durch gesperrten Druck ausgezeichneten Äußerungen hinzuweisen. Vortr. hält die Diagnose auf Dem. hebephrenica nicht für zulässig, wenn sowohl Kombinationsdefekt wie auch affektive Abstumpfung fehlen. Die katatonischen Symptome allein reichen für diese Diagnose nicht aus, zumal wenn sie, wie hier, aus der Affektlage

(religiöse Exaltation, Angst) sekundär entstanden sein können. — Für akute Paranoia könnten die anfänglichen Verfolgungsvorstellungen sprechen. Offenbar waren dieselben jedoch nur ganz transitorisch. Im weiteren Verlauf herrschten Versündigungsvorstellungen durchaus vor und zwar auf affektiver Basis. Vortr. glaubt deshalb auch diese Diagnose ausschließen zu müssen. — Bei dem absoluten Überwiegen der Affektsymtome ist vielmehr an eine Affektpsychose zu denken. Manie, Melancholie und zirkuläres Irresein kommen allerdings nicht in Betracht. Für diese Psychosen ist die Affektstörung nicht einheitlich und kontinuierlich genug. Es handelt sich vielmehr um diejenige eigenartige Affektpsychose, die Vortr. als Eknoia beschrieben hat. Neben der besonders charakteristischen und auch in diesem Fall nicht fehlenden pathetischen Ergriffenheit sind Angst- und Zornaffekte und zwar gerade anfallweise bei dieser Psychose sehr häufig. Auch katatonische Züge sind nicht selten (vgl. Psychiatrie 4. Aufl., S. 421 ff.). Die Prognose ist zwar durchaus nicht absolut günstig, aber doch viel günstiger als bei der Dem. hebephrenica [1]).

Diskussion. — *Emanuel*-Charlottenburg: Ich möchte doch annehmen, daß es sich hier um ein katatonisches Krankheitbild im Sinne *Kahlbaums* handelt. Die anamnestischen Angaben über den Inhalt der religiösen Wahnideen und die Art ihrer Äußerung, die Andeutung von Haltungstereotypien und Vorbeireden, ausgesprochener Negativismus und Mutazismus scheinen mir diese Annahme gut zu stützen.

Moeli-Lichtenberg: Für Paralyse spricht doch recht wenig — insbesondere ist die Spannung des Affekts und der Aufmerksamkeit so erheblich, daß eigentliche Schwäche und Verflachung des Wesens fehlt. Abgesehen von dem depressivem Charakter sind allerdings eine gewisse Eckigkeit und das Hervortreten bestimmter Vorstellungskomplexe bemerklich, doch erscheint auch die auffallende Haltung des Kranken nicht so recht mechanisch wie gewöhnlich bei Katatonie; ich möchte mich der Anschauung des Herrn *Ziehen* über die Abtrennung des Falles anschließen.

Falkenberg-Lichtenberg macht darauf aufmerksam, daß der Kranke die Antwort auf die letzte Frage mit Morsealphabet an die Tafel geschrieben hat, während er die vorangehenden Fragen mit flotter gewöhnlicher Schrift beantwortet hat. Dieses bizarre Handeln scheint ihm nicht vereinbar mit der Annahme einer Melancholie; er möchte ebenfalls meinen, daß es sich bei dem Kranken um das depressive Stadium einer beginnenden Dementia praecox handelt.

Urstein-Berlin: Ich rechne diese Fälle von vornherein zur Dementia praecox. Das Alter des Patienten spricht keineswegs dagegen, da ich zur

[1]) Bemerkung bei der späteren Niederschrift: Zurzeit — 18. 4. 11 — scheint sich Patient bereits in voller Rekonvaleszenz zu befinden.



Spätkatatonie jene Fälle zähle, die nach dem 40. Lebensjahr beginnen und dann ebenso enden wie die Früherkrankten. Der Ausbruch des Leidens im Anschluß an einen Affektschock ist, genau wie die Versündigungsideen, ein für die Katatonie ungemein häufiges Vorkommnis. Bemerkenswert sind die endogenen Gehörshalluzinationen in der Nacht, da die Krankheit manifest wurde, ferner der Negativismus, das starre, gebundene Wesen und die abrupten, ungelenkigen Bewegungen, die Patient z. B. zeigt, wenn er die Kreide in die Hand nimmt usw. Sehr interessant ist, daß er die vorgezeichneten Figuren gerade umgekehrt nachmachte, ein Umstand, der an katatone Streiche erinnert. Vorbeireden ist es, wenn er sagt, er besitze 1000 Taler und bekomme 50 000 M. Zinsen in 3 Jahren. Obwohl hier eine Paralyse nicht in Frage kommt, so kenne ich Fälle, in denen die mehrfach ausgeführte Punktion — und man wiederholte sie, weil klinisch nur eine Paralyse diagnostisiert werden durfte — negativ ausfiel, wo aber trotzdem die Sektion und die mikroskopische Untersuchung den typischen paralytischen Befund ergab. (Zusatz: Für die Katatonie beweisend ist meiner Ansicht nach die von mir seinerzeit zum Hauptsymptom erhobene Divergenz, der Zwiespalt zwischen mündlicher und schriftlicher Äußerungsweise, welche Disharmonie ich von der intrapsychischen Koordinationstörung ableitete. Auch dieser Patient ist während der Demonstration nicht zum Sprechen zu bewegen, während er gleichzeitig ganz flott schreibt, wobei er — nach Art der Katatoniker — sich zum Schluß der Telegraphenschrift bedient.)

Edel-Charlottenburg: Den vorgestellten Fall halte ich schon mit Rücksicht auf den eindeutig negativen Befund der *Wassermann*schen Reaktion im Blutserum nicht für eine Paralyse, lasse es aber dahingestellt, ob es sich um eine Katatonie handelt. Die Zukunft wird lehren, ob der Mann verblödet. Jedenfalls erscheint es aber verdienstvoll, einen derartigen Fall genau zu differenzieren angesichts des Bestrebens, viele Krankheitbilder zusammen zu werfen.

Hans Laehr.



Kleinere Mitteilungen.

Ist die Paralyse eine moderne Krankheit? Von Prof. Dr. *Kirchhoff*-Schleswig. (Nachtrag zu der Studie in Bd. 68 dieser Zeitschrift S. 125—152.)

Einige Ergänzungen zu dem früheren Artikel werden im folgenden nachgetragen.

Der S. 128 zitierte *Trélat* sagt in seinen Recherches historiques sur la folie, Paris 1839, auf S. 14 bei der Schilderung der Manie nach *Aretaeus*: „Quelques-uns ont en tête certaines idées merveilleuses qu'on ne peut leur ôter. L'un s'imagine être une bouteille d'huile dont il craint à chaque instant la chute; un autre, se croyant une motte de terre, refuse de boire de peur de se ramollir." Vorher (S. 5) hat er die ausgezeichneten Schilderungen des *Aretaeus* über Paralysen gegeben, zerebrale, gekreuzte, medulläre, darunter die von mir nach *Zerbe* wiedergegebenen Störungen der Sprache, der Zunge, Krämpfe. Es ist ja nicht zu leugnen, daß sowohl diese psychischen wie die somatischen Störungen auf Paralyse bezogen werden könnten, doch ist ein einheitliches Krankheitbild daraus nicht zu konstruieren.

Thomee [1]) zitiert bei Besprechung der Insania eine Stelle des *Aretaeus* (De curat. morb. diat. lib. I c. 5): „ἐγκοτεῖ τε τῷ σκήνει ἑτέρων νοσήματων τόκος, σπασμοῦ, μανίης, παραλύσιος" und kommentiert: „insanabilis vero affectio habetur, si totum corpus occupavit, mentem, sanguinem, bilem ac nervos corripuit et tum quoque in maniam, convulsiones, paralysin transit."

Mit Hülfe von *Laehr* und *Fuchs* ist die S. 129 von mir nach *Isensee* zitierte Stelle des *Hippokrates* in den Praenotiones Coacae gefunden. In der *Littré*schen Ausgabe steht sie unter Nr. 476. Sie wird von *Fuchs* übersetzt: „Heftige Delirien mit Schweigen sind bei solchen lebensgefährlich, welche ruhelos sind, die Augen umherwerfen und den Atem seufzend herausstoßen. Sie verursachen aber langwierige Lähmungen (παραπληκτικὰ χρόνια), ja solche Leute bekommen sogar Tobsuchtanfälle." Da *Hippokrates* im allgemeinen nur akute Psychosen schildert — besonders hier viele Fälle von Phrenitis aufzählt —, ist dieser seltene Hinweis

[1]) Historia Insanorum apud Graecos. Dissert. inaug. medica Bonn 1830, pag. 82.



auf die chronische Verlaufsform wichtig; sehr mit Recht schreibt mir dazu *Fuchs*, die Alten gehen nach Symptomen, nicht nach Krankheitbegriffen. In *Galens* Kommentaren zum *Hippokrates* (*Kühn*sche Ausgabe) sind die Coac. prognos. nicht enthalten, nur das Prognosticum und die Prorrhetica. Daß nun in der obigen Stelle vielleicht ein paralytischer Anfall angedeutet sein könnte, wäre möglich, doch wage ich nicht über eine Vermutung hinauszugehen.

Laehr machte mich aufmerksam auf eine Stelle in *Hippokrates* Prorrhet. I. 8 (die auch zum Teil sich in Coac. 99 wiederholt); sie lautet: „Αἱ προεξαδυνατησάντων παραφροσύναι κάκισται, οἷον καὶ Θρασύνοντι“, was etwa zu übersetzen ist: „Die Delirien bei vorher ganz geschwächten Kranken sind sehr schlimm, wie bei Thrasynon.“ Nach *Galens* Kommentar zum Prorrh. ist dies ein Eigenname, kann, wie *Fuchs* schreibt, auch n i c h t mit „verwegen“ übersetzt werden. Immerhin gibt auch diese Stelle keine Aufklärung über Paralyse.

Oft wird von *Hippokrates* über Erkrankungen παρ' οὖς gesprochen, aber wohl immer meint er damit Parotitiden, obgleich in einzelnen Fällen ein Othaematom nach dem Zusammenhang gemeint sein könnte; *Fuchs* bemerkt aber, daß Mumps in Griechenland sehr verbreitet ist und war.

Es sind also wohl die meisten Einzelsymptome der Palalyse von den Alten geschildert, doch läßt sich daraus nichts Sicheres über sie selbst beweisen. Bei überraschend vielen Stellen ist mir aber doch aufgefallen, daß die geschilderten p s y c h i s c h e n Symptome paralytisches Gepräge tragen, so daß mir gerade aus ihnen das Vorkommen der Paralyse im Altertum wahrscheinlich bleibt, mehr noch als aus den körperlichen Zeichen, die nur zerstreut geschildert werden; maßlose Größenideen sind aber etwas seltener angegeben.

Höfler[1]) teilt mit, daß die Angelsachsen das L ä h m u n g - s t a d i u m der Syphilis als Darr-Adl kannten; es war diese eingeschleppt wohl schon vor 1493.

Chiarugi[2]) führt nach *Haller*s Elem. phys. Lib. XVII S. I § 17 eine Stupiditas a paralysi auf, doch habe ich diese Stelle nicht gefunden; es scheint vielmehr die bekannte Stelle von *Willis* gemeint zu sein, den er auch zitiert.

Unter der Zenturie von Beobachtungen aus dem Bonifaziushospital in Florenz fand ich[3]) von *Chiarugi* zwei Fälle von zweifelloser Paralyse geschildert, die also zeigen, daß sie Ende des 18. Jahrhunderts in Italien vorkam. Ich gebe sie im Auszug.

35. F a l l. „Ein Mann von etwa 40 Jahren, sanguinsischem Temperament und sehr starkem Körper — ward gegen Ende des Sommers

[1]) Altgermanische Heilkunde bei *Neuburger-Pagel* I S. 476.

[2]) Abhandlung über den Wahnsinn, übersetzt Leipzig 1795.

[3]) a. a. O. S. 625—628 und 684—686.



tobsüchtig; 16 Tage später brachte man ihn ins Hospital. Seine Verstandesverwirrung war allgemein, aber nicht sehr wild; sein Ansehen erdfarbig, die Kräfte waren außerordentlich gesunken. Er blieb in dem Zustande eines wahren, mit Vergeßlichkeit verbundenen Blödsinns, sein Appetit war dabei gering, und es gesellte sich ein nicht unbeträchtlicher Grad von allgemeiner Lähmung, besonders in den unteren Gliedmaßen dazu. Der Blödsinn dauerte bis zum Ende des Lebens fort; im Winter starb er nach Eintreten zahlreicher Decubitusstellen." *Chiarugi* überschreibt diesen Fall: „Eine Manie, die in Blödsinn überging, nachdem sie sich selbst in eine andere Art umgewandelt hatte", und bemerkt noch: „In diesem Falle ist der Übergang der ersten Art der Manie in die zweite und dieser in den Blödsinn ganz offenbar; er machte den Kranken paralytisch, vergeßlich und gleichgültig, wie es in anderen Fällen zu geschehen pflegt." Bei der Leichenöffnung fand sich die weiche Hirnhaut sehr ödematös und der Teil derselben, welcher in die Krümmungen des Hirns eindringt, sehr mit Blut angefüllt. Alle Ventrikel waren stark mit Serum gefüllt.

83. Fall, überschrieben: „Eine Manie moralischer Art, welche in Blödsinn überging." „Ein junger Mann von 37 Jahren wurde auf einmal von einer wilden Tobsucht überfallen, die sich ungefähr einen Monat darauf legte; es blieb aber ein völliger Blödsinn zurück. Er starb an einer langsamen Abmagerung, nachdem er zuvor beinahe vollkommen gelähmt worden war." Über die Öffnung des Hirnschädels ist u. a. bemerkt: „Die weiche Hirnhaut war vermöge eines ödematösen Zustandes verderbt, und die Gefäße derselben strotzten von Blut. Die Hirnsubstanz war konsistenter als gewöhnlich, und die Adergeflechte waren mit Hydatiden besetzt."

Interessant ist, daß *Griesinger* [1]) nach *Jacobis* Beobachtungen aus dem Jahre 1830 in Siegburg zwei klassische Paralysen mit ausführlichen Krankengeschichten anführt, aber als „Beispiele von Wahnsinn", trotzdem er selbst eine genaue Schilderung der allgemeinen Paralyse gegeben hat [2]).

Die 36. Wanderversammlung der südwestdeutschen Neurologen und Irrenärzte wird am 20. und 21. Mai zu Baden-Baden im Konversationshause abgehalten werden.

Der Verein bayrischer Psychiater wird seine Jahresversammlung am 6. und 7. Juni in der psychiatrischen Klinik zu München abhalten. Referat: Familienpflege Geisteskranker (*Specht*-Erlangen und *Kolb*-Kutzenberg). Anmeldung von Vorträgen bis 15. Mai an Prof. *Alzheimer*-München erbeten.

[1]) Lehrb. 4. Aufl., S. 316—17.

[2]) l. c. S. 400 ff.



Der 21. Kongreß der Psychiater und Neurologen Frankreichs und des französischen Sprachgebiets findet am 1.—6. August in Amiens statt. Referate: 1. Des différentes espèces de douleurs psychopathiques (leur signification, leur rôle); Ref.: *Maillard*-Salpétrière. — 2. Des tumeurs du corps pituitaire; Ref.: *Courtellemont*-Amiens. — 3. De la valeur du témoignage des aliénés en justice; Ref.: *Lalanne*-Maréville (Nancy). — Anmeldungen an Dr. *R. Charon*, Dir. des Asyls zu Amiens.

Die 83. Versammlung deutscher Naturforscher und Ärzte wird vom 24. bis 30. Sept. in Karlsruhe stattfinden. Anmeldung psychiatrischer und neurologischer Vorträge und Demonstrationen an Dr. *Neumann*-Karlsruhe, Stephanienstr. 71, oder Priv.-Doz. Dr. *Hellpach*-Karlsruhe, Amalienstr. 40.

Die nächste Versammlung der Vereinigung mitteldeutscher Psychiater und Neurologen wird am 22. Oktober in Leipzig tagen. Vortraganmeldungen bis 1. August erbeten an Geh.-R. Prof. Dr. *Flechsig*-Leipzig, Windmühlenweg 20.

Vom 23. Oktober bis 11. November 1911 findet an der psychiatrischen Klinik in München ein psychiatrischer Fortbildungskursus statt. Als Dozenten beteiligen sich *Allers*-München: Pathologische Chemie der Geistesstörungen; *Alzheimer*-München: Normale und pathologische Anatomie der Großhirnrinde; *Brodmann*-Tübingen: Topographische Histologie der Großhirnrinde; *Isserlin*-München: Experimentalpsychologie, Psychotherapie; *Kraepelin*-München: Psychiatrische Klinik; *Liepmann*-Berlin: Aphasie, Apraxie, Agnosie; *Plaut*-München: Cyto- und Serodiagnostik; Forensische Demonstrationen; *Rüdin*-München: Entartung; Krankhafte Geisteszustände bei Jugendlichen; *Weiler*-München: Physikalisch-psychiatrische Untersuchungsmethoden. — Zahl der Vorlesungstunden etwa 100. Honorar 61 Mark. Anmeldungen an Priv.-Doz. Dr. *Rüdin*, Nußbaumstraße 7. — Im Jahre 1912 findet kein Fortbildungskurs statt.

Einen Untersuchungskasten für schwachsinnige Kinder nach Prof. Dr. *Weygandt* (Größe 52 : 52 : 19 cm; Preis 60 M.) liefert der Buch- und Lehrmittelverlag Joh. Müller, Charlottenburg, Spandauerstr. 10 a. Die Sammlung besteht aus einer Reihe von Gegenständen, die sich zur Prüfung des Geisteszustandes von Schwachsinnigen und von Kindern vor dem schulpflichtigen Alter eignen und in systematischer Weise aneinandergereiht sind.

Dem Verein zum Austausch der Anstaltberichte ist die Kgl. Sächsische Landesanstalt Arnsdorf beigetreten.



Personalnachrichten.

Dr. *Wojislav M. Subotić*, bisher Primarius der Kgl. serbischen Staatsirrenanstalt in Belgrad, ist zu deren Direktor,

Dr. *Karl Oßwald*, bisher Dir. in Alzey, zum Direktor der Landesanstalt Gießen,

Dr. *Ludw. Römheld*, Oberarzt in Heppenheim, zum Direktor in Alzey,

Dr. *Jul. Räcke*, Prof., bisher in Kiel, zum Oberarzt in Frankfurt a. M.,

Dr. *Aug. Weinland*-Weißenau zum Oberarzt in Schussenried ernannt worden.

Dr. *Niesel*, Nervenarzt in Stettin, hat am 1. Jan. die Leitung der Dr. *Zenker*schen Heilanstalt Bergquell-Frauendorf übernommen.

Dr. *Werner Runge*, Ass.-Arzt d. psychiatr. Klinik in Kiel, hat sich als Privatdozent habilitiert.

Dr. *Alb. Würzburger*, Dir. von Herzoghöhe b. Bayreuth, erhielt Titel und Rang eines Hofrats.

Dr. *Herm. Adler*, Oberarzt der Prov.-Anst. bei Schleswig, ist Geh. Sanitätsrat,

Dr. *Karl Zinn*, Dir. der Landesanstalt Eberswalde, und

Dr. *Ewald Schütze*, Dir. der Prov.-Anstalt Tost (O.-Schl.), Sanitätsrat geworden.

Dr. *Gabr. Anton*, Geh. Med.-R. u. Prof in Halle, ist zum Mitglied der Leopoldinisch-Karolinischen Akademie in Halle gewählt worden.

Dr. *Joh. Feldkirchner*, Med.-R., Dir. von Karthaus Prüll, erhielt den Verdienstorden v. hl. Michael 4. Kl. mit der Krone.

Dr. *Heinr. Gerlach*, Geh.-Med.-R., trat am 1. April als Direktor der Prov.-Anstalt Münster i. W. in den Ruhestand, wird aber ferner dem Med.-Koll. der Prov. Westfalen u. der Besuchskommission zur Revision der Privatanstalten angehören. In Anerkennung seiner Verdienste bes. um die Entwicklung des Irrenwesens der Provinz ward ihm der Kronenorden 3. Kl. verliehen und sein Bildnis als das des ersten Direktors und Ausgestalters der Anstalt im Festsaal zu dauernder Erinnerung angebracht.

Dr. *Aug. Gottlob*, San.-R., früher Dir. der Prov.-Anstalt Merzig, zuletzt in Godesberg a. Rh. ansässig, ist gestorben.



Zur Pathologie des Delirium acutum.

Von

A. D. Kozowsky,

Direktor der Kostjuschener psychiatrischen Heilanstalt der Bessarabischen Semstwo.

Auch ohne ausführliche Literaturübersicht ergibt eine Durchmusterung der Arbeiten über das Delirium acutum, daß von jeher zwei Ansichten sich entgegenstanden: einige der Autoren äußern sich für die Selbständigkeit des Delir. acut., andere stellen diese in Abrede. In anatomischer Hinsicht wollen einige die Erkrankung als eine typische nicht anerkennen, andere sind der Meinung, daß die anatomische Grundlage des Delirium acutum eine hämorrhagische Entzündung der Hirnrinde bilde. In ätiologischer Hinsicht sind viele Autoren geneigt, im Delirium acutum eine Infektionskrankheit zu sehen.

In meiner Arbeit „Zur pathologischen Anatomie und Bakteriologie des Delirium acutum" [1]) habe ich ziemlich ausführlich die Literatur bis 1898 angeführt und will deshalb hier nur die später erschienenen Abhandlungen würdigen.

In der erwähnten Arbeit habe ich bei dem Delirium acutum, sowohl dem idiopathischen als auch dem deuteropathischen, das Vorhandensein einer akuten kortikalen Encephalitis mit Hämorrhagien, und im Blute und der Hirnsubstanz die Anwesenheit von Eiterkokken konstatiert. Auf Grund dieser Ergebnisse und einer Reihe von Erwägungen bin ich zu folgenden Schlüssen gekommen: 1. wir sind durchaus nicht berechtigt, das Delirium acutum in anatomischer Hinsicht als eine selbständige Erkrankung anzusehen; 2. wir dürfen die Bezeichnung „idiopathisches Delirium acutum" sogar in solchen Fällen nicht beibehalten, in denen nirgends, das Gehirn ausgenommen, Veränderungen konstatiert worden sind; 3. die scharfe Reaktion von seiten des Hirns läßt sich dadurch erklären, daß das Hirn in dem Maße erschöpft ist, daß es schon auf ein so unbe-

[1]) Zentralbl. f. allg. Pathol. und pathol. Anat. 1899.

deutendes Gift reagiert, bei welchem andere Organe keine merkbare Veränderungen aufweisen.

Im Jahre 1899 erschien die Arbeit *Schukowskys* [1]), nach welchem das Delirium acutum eine Krankheit sui generis „mit einem bestimmten klinischen Bilde und charakteristischen pathologischen Veränderungen" ist, namentlich in Form einer Meningoencephalitis wahrscheinlich infektiösen Ursprungs.

Im Jahre 1900 sind *Weydenhammer* und *Semidalow* [2]) ebenfalls zu dem Schlusse gelangt, daß das Delirium acutum eine Poliencephalitis corticalis acuta, zuweilen infektiösen Ursprungs, sei. In demselben Jahre bestätigten *Weydenhammer* und *Semidalow* [3]) die soeben angeführte Meinung und hielten einen Übergang von Poliencephalitis corticalis zu den *Strümpel*schen Encephalitiden für möglich.

Marchand et *Vupras* [4]), im Aufsatze „Que doit-on entendre par délire aigu" halten das Delirium acutum für keine typische Krankheit, sowohl in anatomischer, als auch in klinischer Hinsicht.

Im Jahre 1901 erschien die Arbeit von *Binswanger* und *Berger* [5]). In derselben äußern sich die Autoren zugunsten einer infektiösen und toxischen Natur des Delirium acutum und meinen, dasselbe sei 1. ein Symptomenkomplex, bei dessen Entwicklung die individuelle Widerstandfähigkeit des Organismus eine gewisse Rolle spielt; 2. meine zweite These zitierend, äußern sie sich ferner, wie folgt: „Es scheint uns, vom allgemein-pathologischen Standpunkt aus betrachtet, wohl verständlich, daß ein erschöpfter Organismus einer Infektion weniger aktiven Widerstand zu bieten vermag, als ein vollkräftiger .... Daß ein solches Individuum leichter einer Bazilleninvasion unterliegt und infolge seiner psychischen Disposition die zerebralen Symptome des Delirium acutum darbietet, scheint uns ganz verständlich." Als solchen prädisponierenden Bedingungen schreiben *Binswanger* und *Berger* eine große Bedeutung den entzündlichen Prozessen zu, welche in den Jugendjahren verlaufen und zu neuen Erkrankungen prädisponieren.

In demselben Jahre erschien die Arbeit *Sanders* [6]), in welcher der Autor zu folgenden Schlüssen kommt: 1. Es werden bestätigt die Untersuchungen *Bianchis*, *Babcocks*, die meinigen und die Befunde anderer Autoren, welche auf das Vorhandensein von Mikroorganismen und zwar vorzugweise von Staphylokokken bei Delir. acut. hinweisen; 2. nicht alle Fälle von Delir. acut. verlaufen in Form einer Allgemeininfektion. Der Autor konstatiert das Vorhandensein von protrahierten Fällen des

[1]) Neurologisch. Zentralbl. 1899.

[2]) Fragen d. neur.-psych. Medizin. 1900 (russisch).

[3]) Neurologisch. Anzeiger 1900. (Russisch.)

[4]) Revue de Psychiatrie 1900.

[5]) Archiv f. Psychiatrie 1901.

[6]) Archiv f. Psychiatrie 1901.



)elir. acut., als Resultat septischer Prozesse in inneren Organen; beson-
ers sind es septischer Abort und Puerperalinfektion. Anatomisch werden
n Hirn dieselben Veränderungen gefunden, wie auch in den übrigen Fällen
on Delir. acut.; 3. die Hirnveränderungen sind nicht nur von der direkten
inwirkung der im Blute zirkulierenden Mikroorganismen abhängig,
ndern auch von den durch letztere ausgeschiedenen Toxinen; 4. diese
eränderungen bestehen sowohl in der Infiltration der Gefäßwandungen
it Zellelementen, als auch in besonders scharf ausgeprägten Verände-
ngen der Nervenzellen. Hier muß eine interessante Tatsache erwähnt
rden: der Autor behauptet, daß die Fälle von Delir. acut. bei Pneu-
nien besonders schwer sind. Die anatomischen Veränderungen sind
r sehr scharf ausgesprochen, welchen Umstand wir bei nichtkompli-
rten Pneumoniefällen nicht beobachten; es liegt nahe, daß dieselben
rch die Invasion von Bakterien ins Blut, mit darauffolgender Hirn-
ung, hervorgerufen werden.

Semidalow[1]) im Aufsatze „Über Delirium acutum“ spricht sich
rmals für eine bestimmte anatomische und ätiologische Natur dieser
rankung aus. Auf dem XI. Kongreß der französischen Psychiater
Limoges äußerten sich *Carrier*, *Martin* und *Briand*[2]) in dem Sinne,
das Delir. acut. ein Syndrom von verschiedenen Infektions- und
xikationsprozessen sei. Nach Briand ist dies eine Reaktion der Hirn-
ktion. Anatomisch haben wir bei Delir. acut. folgendes vor uns: eine
äre Degeneration der Nervenzellen und eine sekundäre Infiltration
Zellelementen, Hyperämie und Hämorrhagien. *Raecke*[3]) kommt in
r großen Abhandlung zu dem Schlusse, daß kein Grund vorhanden
us den Infektionspsychosen eine besondere Gruppe, die sogenannten
höpfungspsychosen, auszuscheiden.

Cole[4]) beschrieb einen Fall von Delir. acut., bei welchem, außer
deutenden subpialen Hämorrhagien, nichts Besonderes gefunden
e.

Im Jahre 1904 beschrieb *Gondal*[5]) dieselbe Erkrankung, wobei in
n Fällen nur Hyperämie, weiche Konsistenz des Gehirns und Hyper-
der Häute konstatiert wurde.

Finkelnburg[6]) beschrieb im Jahre 1907 einen Fall von Meningo-
halitis, welche unter dem Bilde des Delir. acut. verlief. Sektions-
d: Leptomeningitis chronica und Anhäufung von Rundzellen um
perämierten Gefäße herum sowohl in der Rinde, als auch in der
la interna.

) Korssakows Journal 1901 (russisch).
) Archiv de Neurologie 1901.
) Zeitschr. f. Psychiatrie, Bd. 11.
) Jahresbericht Mendels 1902, S. 1125.
) Ibidem s. 1905.
) Deutsche Zeitschr. f. Nervenheilk., Bd. 33.



Im Jahre 1906 erschien die Arbeit *Angelo Albertis*, welche mir nur als Referat zugänglich war [1]). Dieser Autor hält das Delir. acut. für eine mehr schwere Form der Amentia; letztere betrachtet er als eine Psychose infektiösen und toxischen Ursprungs.

Cramer [2]) erklärt ganz bestimmt betreffs des Delir. acut., daß man „mit *Kozowsky*, *Sander* und anderen annehmen müsse, daß eine gewisse Disposition vorhanden sein muß, damit die Mikroorganismen ihre deletäre Wirkung entfalten können".

Im Jahre 1909 beschrieb *Thoma* [3]) in einer höchst interessanten Abhandlung mehrere Fälle von Delir. acut. und kam zu folgenden Schlüssen: 1. Der beschriebene Symptomenkomplex, welcher dem sogenannten Delirium acutum entspricht, ist keine selbständige Erkrankung; solch ein klinisches Bild entwickelt sich auf dem Boden verschiedener Krankheiten; in den Fällen des Autors waren es: progressive Paralyse, senile Veränderungen, Blutzirkulationsstörungen usw. 2. Histologisch ist eine allgemeine Ursache für Delir. acut. nicht zu finden. 3. Der rapide Ausgang der Krankheit läßt sich durch die akuten Veränderungen der Hirnsubstanz erklären. 4. Eine wichtige Rolle spielt in den letal verlaufenden Fällen die hereditäre Belastung des Nervensystems. Es muß noch erwähnt werden, daß *Thoma* in seinen Fällen folgendes fand: Veränderungen der Nervenzellen, bedeutende Blutfüllung usw., doch Hämorrhagien hat Autor nicht gesehen. Interessant ist noch der Umstand, daß Autor in dem dritten Falle seiner Beobachtungen einen kleinen pneumonischen Herd fand.

Die Beurteilung der angeführten Literaturdaten beiseite lassend, wende ich mich zur Beschreibung meines Falles.

Dieser Fall betrifft L. S., ein 40jähriges Individuum. In der Anamnese fehlen Alkoholismus, Lues und hereditäre Belastung. Die Erkrankung begann am 18. Februar 1910, plötzlich, bei scheinbar völliger Gesundheit. Der Kranke begann irre zu reden, und am 20. Februar traten bereits scharfe Zeichen einer Geistesstörung auf: Desorientiertheit und Inkohärenz. Aufnahme am 25. Februar.

K r a n k e n g e s c h i c h t e. 23. II. Regelmäßiger Körperbau, Abmagerung, Anämie. Am Gesicht, der Brust, dem Rücken und an den Händen unzählige feine Exkoriationen und Hämorrhagien. Pupillen gleichmäßig; reagieren träge auf Lichteinfall. Ohrmuscheln unregelmäßig geformt. Bedeutender Tremor der Zunge und der Hände. Zunge trocken, Lippen ebenfalls, Schleimhäute blaß. Herztöne dumpf; Extremitäten kalt und zyanotisch. In den Lungen: trockene Rasselgeräusche. Kniereflexe normal. Temperatur: 37,3°. Pat. ist unruhig, will nicht

[1]) Revue neurologique 1908, p. 315.

[2]) Handb. d. pathol. Anat. d. Nervensyst. S. 1530.

[3]) Allg. Zeitschr. f. Psychiatrie 1909.



liegen; versucht sich loszureißen; beißt und schlägt um sich. Bewußtsein verwirrt; Inkohärenz; schreit: „Lasset mich zur Polizei“, spricht fortwährend von einem Papier, Ochsen und Popen. Schlaflosigkeit. Ißt genügend.

24. II. Am Morgen ruhig. Bewußtsein getrübt. Von 4 Uhr an abermals unruhig, reißt sich los, springt auf; Inkohärenz; verfällt wieder in seine Redereien. Subkutane Injektion von Dubois. sulfuric. ohne Erfolg. Nach einem Dauerbad trat Beruhigung ein, und der Pat. schlief bis 12 Uhr. Später vormaliger Erregungszustand. Temperatur gesteigert.

25. II. Erregt und verwirrt wie vorher; Schlaflosigkeit; will keine Arznei einnehmen. Ißt genügend. Temperatur erhöht.

26. II. Bedeutend ruhiger nach Dauerbad; Untersuchung möglich. Bewußtsein freier: Pat. nennt seinen Namen, seinen Heimatort, seinen Beruf, sein Alter; zählt seine Familienglieder auf; erklärt, daß er seit einer Woche erkrankt sei, daß er an starken Kopfschmerzen leide; weiß, daß er sich in der Heilanstalt befindet; ist orientiert für Zeit. Bald darauf trat wieder Bewußtseintrübung ein: Pat. verfiel wieder in seine früheren Redereien von einem Papier, Ochsen und Popen. Temperatur gesteigert.

27.—28. II. Vollkommen verwirrt; halluziniert; spricht fortwährend inkohärent; versucht aufzuspringen; kratzt sich, beißt sich in die Finger. Speit die Arznei aus; ißt wenig, schläft fast gar nicht; Temperatur normal; Herztätigkeit schwach; Zunge trocken; Durstgefühl.

1.—3. III. Verwirrtheit. Gesichts- und Gehörstäuschungen. Temperatur gesteigert. Fast völlige Schlaflosigkeit; muß zur Speiseaufnahme genötigt werden; Selbstverstümmelungsversuche; redet inkohärent; motorische Unruhe, infolge deren sich viel Exkoriationen bilden.

4. III. Herztätigkeit sinkt; Puls kaum fühlbar; Schlucken unmöglich. Zunge trocken. Temperatur gesteigert.

5. III. Derselbe Zustand allgemeiner Schwäche; Extremitäten kalt; Puls fadenförmig; Temperatur gesteigert. Um 4 Uhr am Nachmittag Exitus infolge von Herzparalyse.

Wir haben also eine psychische Erkrankung vor uns, welche bei voller Gesundheit plötzlich auftritt und sich durch große Verwirrtheit, exquisite motorische Erregung und grelle Halluzinationen auszeichnet. Ein solches Bild entspricht dem klinischen Bilde der Amentia. Doch liegt hier eine Reihe von Symptomen vor, die in den Rahmen der letzteren nicht hineinpassen. Auf die Erregungsperiode folgt usque ad mortem eine adynamische, was schon auf eine organische Grundlage dieser Psychose hinweist. Auch eine ganze Reihe physischer Symptome spricht dafür: gesteigerte Temperatur, Tremor der Zunge und der Hände, Trockenheit der Zunge, Durstgefühl, träge Pupillenreaktion, Schlingbeschwerden. Fügt man noch hinzu die Erscheinungen

des ziellosen Bewegungdrangs und des Fingerbeißens, die als Folge einer hochgradigen Bewußtseintrübung und der Erregung der subkortikalen Ganglien anzusehen sind, so liegt es auf der Hand, daß wir das klinische Bild des Delirium acutum vor uns haben. Interessant ist hierbei die Tatsache, daß bei unserem Kranken die Temperatur einmal bis zur Norm sank; auf diese Weise gehört dieser Fall zu den sogenannten subakuten; die Beschreibung eines analogen Falles finden wir z. B. bei *Weydenhammer* und *Semidalow* [1]).

Die von mir ausgeführte Sektion ergab folgendes: die Deckknochen sind sklerosiert. Die Dura blutreich, gespannt; unter derselben eine seröse, trübe, gelbliche Flüssigkeit. Die Pia ist hyperämisch, an mehreren Stellen ist das Gefäßsystem zerrissen und bedeckt herdförmig die Gehirnrinde. Letztere ist, wie auch die übrige Hirnsubstanz, stark hyperämisch, mit punktförmigen Hämorrhagien. Die weiße Substanz, die Ganglien und das Kleinhirn sind hyperämisch und reichhaltig an Blut. Das Gehirn ist weich und blutreich. Herz: Verdickung der Klappen. Herzmuskel rotbraun, mit grauen Zwischenschichten. Die rechte Lunge trocken; die linke — im oberen Lappen — durchgehends hepatisiert (rote Hepatisation); die unteren Teile des Unterlappens im Blutfüllungstadium. Milz: Trabekel bedeutend verdickt; die Pulpa läßt sich in genügender Menge abstreifen. Leber braun, blutreich, knirscht unter dem Messer. Nieren: Kapsel schwer abziehbar; eine bedeutende Menge Zysten. Die ganze Schnittfläche ist gelbbraun. Die Rindensubstanz geht ohne scharfe Grenzen in die Marksubstanz über. Die Gefäße klaffen und enthalten reichlich Blut. Behufs mikroskopischer Untersuchung wurden die Stücke in verschiedenen Flüssigkeiten fixiert: in Formalin, Alkohol und *Müller*scher Flüssigkeit. Behufs Mikroorganismenuntersuchung wurden aus Lungen und Pia Ausstrichpräparate und Schnitte angefertigt.

Die Ergebnisse der mikroskopischen Untersuchung waren folgende: Auf den den Lungen entnommenen Ausstrichpräparaten — bei der *Löffler*schen und *Ziel*schen Färbung — eine große Menge von *Weichselbaum*schen Diplokokken. In den übrigen Organen sind letztere nicht vorhanden.

Auf den fixierten Präparaten sehen wir folgendes: In der weißen Hirnsubstanz bei der Färbung nach *Marchi* viel zerfallene Fasern; in der grauen Substanz ist dieser Prozeß kaum bemerkbar. In den Nervenzellen der Rinde viel schwarze Körnchen; eine große Anzahl von Nervenzellen ist vollkommen zerfallen, und an Stelle derselben ist nur ein Häufchen der erwähnten Granula vorhanden. In den Gefäßen viel schwarze Körnchen, sowohl in den Adventialscheiden, als auch im Kapillarendothel.

In den Zentralganglien dasselbe Bild, wie in der Rinde. In der Medulla oblongata ist der Zerfall intensiver; hier sehen wir gequollene,

[1]) a. a. O. S. 601.



kolbenförmig verdickte Nervenfasern; innerhalb derselben finden sich schwarze runde Bildungen; die Nervenzellen sind häufig zerfallen, wie das in der Hirnrinde beobachtet wurde. Bei der Färbung nach *Nissl* lenkt auf sich die Aufmerksamkeit die Schwellung und Vergrößerung des Zellleibes, der Zerfall der chromophilen Substanz; einzelne Granula sind zerfallen und die ganze erwähnte Substanz ist in eine feine staubförmige Masse umgewandelt. Von einem solchen Prozesse werden viele Zellen der Rinde und anderer Hirnteile ergriffen; außerdem finden wir vollständig zerfallene Zellen, von welchen nur eine geringe Menge gelber Pigmentkörner übriggeblieben ist.

Im allgemeinen muß bemerkt werden, daß in vielen Zellen die für das Senium und die Pellagra so charakteristische Anhäufung von gelbem Pigment beobachtet wird. Bei derselben Färbung nach *Nissl* finden wir in der Umgebung der Gefäße eine geringe Anzahl von Zellen von demselben Aussehen, wie in der Neuroglia, wo sie sehr zahlreich und reihen-, haufenweise usw. angeordnet sind. Plasmazellen wurden auf keinem von den Präparaten wahrgenommen.

Bei der Untersuchung der Präparate in *Müller*scher Flüssigkeit und in Formalin wurde folgendes beobachtet: scharf ausgeprägte Hyperämie der Gefäße sowohl der Rinde, als auch der übrigen Gehirnabschnitte. Die Gefäße waren wie injiziert, von Erythrozyten vollgepfropft, ohne eine große Menge von weißen Blutkörperchen aufzuweisen. Sehr häufig kamen zum Vorschein hämorrhagische Herde; das Blut ergoß sich sowohl in die perivaskulären Räume, als auch in die Substanz des Gehirnes. Es wurden Erweichungsherde beobachtet, mit Resten von Hirnsubstanz, Gefäßwandungen und roten Blutkörperchen. Reaktiverscheinungen wurden nirgends konstatiert. In der Hirnsubstanz sind ödematöse Bezirke sichtbar; letztere werden vorzugweise in der Rinde beobachtet; hier findet sich eine Anhäufung von Erythrozyten, welche die Hirnoberfläche bedecken und teilweise in die Hirnspalten eindringen. Hin und wieder sind gemischte Thromben der kleinen Arterien sichtbar.

Nach *van Gieson* wurde konstatiert: hyaline Degeneration der arteriellen Wandungen der kleinen Gefäße; faserige Natur der Neuroglia nebst einer großen Anzahl von Kernen in derselben. Weiterhin sahen wir Ablagerung von gelbem Pigment in den perivaskulären Räumen. Sowohl dieses Pigment, als auch dasjenige der Nervenzellen ergab bei der Färbung mit Osmiumsäure Fettreaktion in Form von schwarzen Körnern. Bei der mikroskopischen Untersuchung wurde folgendes konstatiert:

In den Lungen: Erweiterung der Kapillaren und reichliche Gefäßfüllung; in den Höhlen seröses oder teilweise fibrinöses Exsudat; rote Blutkörperchen; das fibrinöse Exsudat nimmt die ganze Lichtung der Lungenalveole ein. Außerdem finden sich in der letzteren Epithel und Leukozyten. Leber: Anhäufung von braunem Pigment in den

Leberzellen; Bindegewebsentwicklung zwischen den Leberläppchen; Stauungserscheinungen im Kapillarsystem; hyaline Entartung der kleinen Arterien. Nieren: diffuse und exquisite interstitielle Entzündung, nebst Stromaverödung und Zystenbildung. Hyaline Degeneration der Glomeruli; degenerative Veränderungen (Albumin- und Fettdegeneration) im Epithel der gewundenen Kanälchen; Erweiterung und Blutfüllung des ganzen Gefäßsystems; dasselbe in den Glomeruli, Austritt von roten Blutkörperchen in das Lumen der *Bouman*schen Kapseln. Milz: Entwicklung von interstitiellem Bindegewebe; Lumenverengerung der arteriellen Gefäße; Hyperplasie der *Malpighi*schen Körperchen; bedeutende Blutfüllung des Gefäßsystems der Milz.

Die bakterioskopische Untersuchung ergab: in den Lungen das Vorhandensein von *Weichselbaum*schen Diplokokken; in den übrigen Organen wurden negative Resultate erhalten.

Das sind die tatsächlichen Ergebnisse. Lenken wir nun unsere Aufmerksamkeit auf folgende Besonderheiten: Wir konstatieren die Anwesenheit chronischer sowie akuter Veränderungen. Zu den ersteren müssen gerechnet werden: hyaline Degeneration der Gefäße, Pigmentdegeneration der Nervenzellen, Veränderungen im faserigen Teile der Neuroglia, braune Atrophie der Leber, Entwickelung von interstitiellem Bindegewebe in derselben, chronische interstitielle Nierenentzündung, hyaline Entartung der Glomeruli; in der Milz Entwickelung von interstitiellem Bindegewebe und hyaline Degeneration. Die Gesamtheit dieser Veränderungen ist vollkommen jener gleich, welche bei der Pellagra beschrieben wird; dieser Umstand hat eben eine besondere Bedeutung, da unser Patient kein altes Individuum war (40 Jahre alt). Bei einem Individuum mit chronischen Veränderungen wahrscheinlich pelagröser Natur entwickelt sich also eine akute Geistesstörung mit letalem Ausgange, wobei die Sektion Folgendes zeigt: in den Lungen ein Herd rotgrauer Hepatisation, im Gehirn Degeneration der Nervenzellen und Nervenfasern, reichliche Hämorrhagie, Erweichung der Hirnsubstanz, Vermehrung der Neurogliazellen.

Ein gleiches, aber weniger exquisites Bild im Sinne der Hyperämie und Hämorrhagien wird auch in den Nieren beobachtet, wo wir Austreten von Erythrozyten aus dem Gefäßlumen wahrnehmen.

Was die Gehirnveränderungen anbelangt, so ist zu ersehen, daß hier vorwiegend Hämorrhagien und Nervenzellenveränderungen stattfinden. Welcher Natur ist nun die Ursache der ersteren? Hier müssen



selbstverständlich mehrere Ursachen vorhanden sein: „Als Ursache einer gesteigerten Erythrocytenauswanderung wird die bedeutende Störung der Gefäßwandungen gehalten; diese Störung besteht in einer akuten und chronischen Degeneration der die Wandung bildenden Elemente: hyaline Entartung, Fettdegeneration, Arteriosklerose usw." So spricht *Reprew*[1]). Er ist der Meinung, daß für das hämorrhagische Exsudat ebenfalls die Toxine infektiösen Ursprunges, d. h. die in mehreren Fällen chemotaxische Eigenschaften besitzenden Substanzen von gewissem Belang wären. Wir sehen, daß das Vorhandensein der hyalinen Gefäßdegeneration die Bildung von Hämorrhagien bedingt. Andererseits ist auch nicht in Abrede zu stellen der Einfluß des Diplokokkentoxins; das Fehlen der Kokken im Hirngewebe widerspricht dem Gesagten nicht, denn nach den Arbeiten *Hoches*, *Homens* und Anderer[2]) verschwinden die Mikroorganismen sehr bald aus dem Nervengewebe, sogar bei direkter Einführung derselben durch intraarterielle Injektion in das Gefäßsystem des Gehirnes. Die Veränderungen der Nervenzellen, welche auf eine lädierende Einwirkung einer unbekannten Noxe hinweisen, stellen das bereits von mehreren Autoren beschrieben Bild einer akuten Nervenzellenveränderung vor; es ist hier aber auch nicht in Abrede zu stellen der Einfluß der vorher stattgehabten chronischen Veränderungen in Form von Pigmentdegeneration. Was die Lokalisation der Veränderungen betrifft, so können dieselben, wie wir bereits gesehen, durchaus nicht als kortikale bezeichnet werden; im Gegenteil konstatieren wir die Anwesenheit derselben in allen Hirnbezirken, bis zum verlängerten Mark einschließlich. Es kann hier zweifelsohne von einer Annäherung an die *Strümpel*schen oder *Wernicke*schen Encephalitiden die Rede nicht sein, da wir einen umfangreichen, das Nervensystem in toto ergreifenden Prozeß vor uns haben.

Die von einigen Autoren bei Delir. acut. beschriebene Gefäßinfiltration fehlte in unserem Falle; offenbar verlief der Prozeß so intensiv, daß weder Infiltration, noch irgendwelche scharfen Reaktiverscheinungen auftraten. Wir haben es also mit einer sehr verbreiteten Encephalitis zu tun, wobei nicht zu vergessen ist, daß die

[1]) *Reprew:* Allgem. Pathologie, S. 956 (russisch).

[2]) Zit. nach *Binswanger* u. *Berger* a. a. O. S. 135.



Encephalitis bis heute noch einen Sammelbegriff darstellt [1]). Die Intensität des Prozesses läßt sich meiner Meinung nach durch die vorhergehenden anatomischen Veränderungen erklären, welche wir bei unserem Kranken im Zusammenhang mit einer gesteigerten Schädlichkeit der Diplokokken konstatiert haben. Denn daß die so scharf ausgeprägten Hirnveränderungen allein auf die gesteigerte Schädlichkeit der Diplokokken zurückzuführen wären, dagegen spricht das anatomische Bild.

Wie bekannt, hat das Pneumokokkentoxin dieselbe Wirkung auf Tiere, wie die Injektion von Pneumokokkenkulturen; außerdem ist bekannt, daß auf verschiedene Tiere der Einfluß der Pneumokokken ein verschiedener ist. Kaninchen sind mehr als andere Tiere gegen Pneumokokken empfindlich und weit empfindlicher, als Meerschweinchen und der Mensch. Beim Kaninchen ist die lokale Schädigung durch Pneumokokken in Form von Pneumonie eine Regel, während die Septikämie nur als Ausnahme vorkommt; bei Kaninchen beobachten wir dagegen niemals einen lokalen Prozeß, sondern stets Septikämie. Das hämorrhagische Exsudat wird scheinbar nicht durch einen besonderen Pneumokokkus hervorgerufen, sondern durch denselben, der aber mehr infektiös geworden ist [2]). Die von *Schtscherbatschow* bei Pneumokokkentoxineinwirkung beschriebenen anatomischen Veränderungen werden zurückgeführt auf multiple Hämorrhagien in allen Organen nebst degenerativen Erscheinungen im Parenchym derselben [3]). Interessant ist weiterhin die Tatsache, daß bei allgemeinen Infektionen und im Verlaufe der croupösen Pneumonie die Autoren den Diplokokkus im Blute usw. antrafen [4]).

Entsprechen nun die anatomischen Ergebnisse von dem Standpunkt aus betrachtet, daß wir es nur mit einer gesteigerten Virulenz der Diplokokken zu tun haben, dieser Voraussetzung? Ich meine, daß dem nicht ganz so sei. Wir sahen umfangreiche Hämorrhagien nur im Gehirne und einige Andeutungen in den Nieren. Akute degenerative Störungen waren vorhanden in den Nervenzellen und in den gewundenen Nierenkanälchen. Septikämie, im Sinne eines anatomischen Ausdrucks schwerer Allgemeininfektion, wurde bei uns nicht beobachtet. Diese zeigte sich nur im Gehirn und teilweise in den Nieren.

---

[1]) *Lewandowsky*, Die nichteitrige Encephalitis. Curschmanns Lehrbuch S. 577.

[2]) *Schtscherbatschew*, Toxine S. 158—159 (russisch).

[3]) Ibidem S. 159—160.

[4]) *Gabritschewsky*, Medizin. Bakteriologie. S. 251 (russisch).

Wodurch werden denn nun die akuten Erscheinungen im Gehirn hervorgerufen? Man muß voraussetzen, daß hier nicht bloß der Diplokokkus und seine Toxine eine Rolle spielen, sondern auch jene chronischen anatomischen Veränderungen, welche das Gehirn zum Locus minoris resistentiae machen. Dieser Umstand, auf den ich bereits vor 13 Jahren in meiner ersten Arbeit hinwies, spielt auch nach meiner heutigen Überzeugung eine große Rolle bei der Erklärung der Pathogenese des Delir. acutum.

Von den Arbeiten aus letzter Zeit sind zu erwähnen die interessanten Beobachtungen *Sabatiers* [2]); er beschreibt einen Fall, der einen jungen Soldaten betrifft, bei welchem nach Kontusion an der verletzten Stelle sich eine phlegmonöse Entzündung bei bereits bestehender Pneumonie bildete; im Eiter wurde der Diplokokkus konstatiert. Die weiteren statistischen Untersuchungen des Autors in dieser Richtung haben zu dem Schlusse geführt, daß die bei Soldaten so häufig vorkommenden phlegmonösen Entzündungen (bei Vorhandensein von Trauma) zugunsten einer besonderen Einwirkung des Diplokokkus auf genannten Ort, als einen Locus minoris resistentiae, sprechen. Nicht minder interessant ist die aus dem Laboratorium *Tizzonis* erschienene Arbeit von *Luigi Panichi* [1]); letztere stellt fest die Bedeutung desselben Moments bei der experimentalen Lösung der Frage.

In unserem Falle waren die Veränderungen am schärfsten im Gehirn und in den Nieren ausgesprochen, d. h. in den Organen, welche gegebenenfalls besonders auf das zirkulierende Gift reagieren mußten. Die Nieren (Parenchymschwund und Ersatz desselben durch Bindegewebe) sind am meisten affiziert; das Gehin weist bedeutende chronische Veränderungen auf; letztere ergeben günstige Bedingungen, unter welchen dieses zarte Organ so intensiv auf den schädlichen Einfluß des Toxins reagiert. Ich möchte hierbei betonen, daß ich einen locus minoris resistentiae nicht allein in den groben anatomischen Veränderungen erblicke, die bei weitem nicht immer die Widerstandfähigkeit des Organs herabzusetzen brauchen; viel wichtiger sind nach meiner Ansicht jene feinen histologischen Veränderungen, welche zu Störungen der Molekularatmung der Zellelemente und ihres nutritiven Gleichgewichts führen und ihre Widerstandfähigkeit gegen das schädliche Agens herabsetzen. Dieser Standpunkt, welcher auch den Begriff von hereditärer Schwächung dieses oder jenes Organse umfaßt,

[1]) *Sabatier*, Archives génér. de Médecine. 1906. Nr. 39.

[2]) Zentralbl. f. allgem. Pathologie usw. Bd. 18, Nr. 2.



macht begreiflich, warum in unserem Falle das Gehirn als das am schärfsten affizierte Organ erschien.

Resümieren wir nun unsere Befunde: In dem von uns beschriebenen Falle von Delir. acut. wurde eine hämorrhagische Encephalitis beobachtet, welche sich nicht nur auf die Rinde beschränkte, sondern sogar über das ganze Gehirn verbreitet war. Vom Standpunkte der Pathogenese aus betrachtet, haben wir es mit einem Falle zu tun, in welchem bei einem Individuum mit chronischen Organveränderungen wahrscheinlich pellagrösen Ursprungs sich eine croupöse Pneumonie in ihrem Anfangstadium entwickelt hat. Der (im anatomischen Sinne) geschwächte Organismus reagierte auf das zirkulierende Gift höchst intensiv und zwar von seiten des Zentralnervensystems als eines empfindlichsten und stark ergriffenen Gewebes mit einer hämorrhagischen Encephalitis, die sich nicht auf die Rinde beschränkte, sondern über das ganze Gehirn verbreitet war. Das Delirium acut. ist also in unserem Falle ätiologisch keine Krankheit sui generis und kann anatomisch nicht zur Encephalitis corticalis gerechnet werden.

Aus unserer Literaturzusammenstellung ergab sich, daß die Zahl der das Delir. acut. als eine selbständige Krankheit in ätiologischer Hinsicht behandelnden Arbeiten sich mit jedem Jahre vermindert. Aber auch in den Handbüchern wird ein besonderes Kapitel über Delirium acutum immer seltener, und ebenso verringern sich in den Anstaltberichten die Fälle mit dieser Bezeichnung. Was das Vorhandensein von Mikroorganismen betrifft, so herrscht hier eine große Mannigfaltigkeit. Staphylokokken, Streptokokken, Diplokokken, Influenzabazillen usw. — alles dies sind eklatante Beweise dafür, daß in der Ätiologie des Delir. acut. von irgend einem bestimmten Erreger nicht die Rede sein kann. Wohl aber häufen sich immer mehr Tatsachen für die Anschauung, daß das Delir. acut. häufig nur als eine Episode in den chronischen Geistesstörungen erscheint, eine Episode, in welcher diese oder jene Symptomensumme mit besonderer Intensität hervortritt; letztere führt den Kranken in der Mehrzahl der Fälle ad exitum letalem. Zusammenfassend können wir also sagen, daß die Ätiologie des Delir. acut. eine sehr verschiedenartige ist. Aber unser Fall wie die Literaturübersicht zeigt auch, daß beim Delir. acut. von einem streng bestimmten anatomischen Bilde, im Sinne einer Poliencephalitis corticalis hämorrhagica, keine Rede sein

kann. Hier werden im Gegenteil verschiedene anatomische Prozesse beobachtet, welche nicht nur die Hirnrinde, sondern auch die tiefer gelegenen Abschnitte des Gehirnes ergreifen. Als häufigste Erscheinung müssen, selbstverständlich, die Hyperämie und die Hämorrhagien gelten; letztere sind als Ausdruck der Akme des toxischen Einflusses auf das Hirngewebe anzusehen.

So schränken die wissenschaftlichen Forschungen, die sich in die feineren Strukturveränderungen der Organe vertiefen und einen Zusammenhang zwischen der äußeren Einwirkung und den inneren Veränderungen feststellen, das Gebiet des idiopathischen Deliriums immer mehr ein, und ich kann nur wiederholen, was ich vor 13 Jahren von dem Delirium acutum gesagt habe [1]):

„In den entfernten Zeiten, als die Sektionen nur teilweise ausgeführt und das kranke Organ nur behufs Untersuchung der intravitalen Analyse geprüft wurde, in jenen Zeiten war man freilich leicht zufriedengestellt mit der Ansicht über das primäre Leiden dieses Organes, von dessen Seite die intravitalen Erscheinungen am schärfsten hervortraten. Aber mit der Entwicklung der anatomischen Analyse und der Feststellung des Zusammenhanges und der Kompensation der Organe, mit der Entwicklung der bakteriologischen Kenntnisse gestaltet sich die Frage ganz anders. Das Gesetz der Folgerichtigkeit der Erscheinungen, das sich auf einer präzisen Feststellung der Ursachen und Folgen aufbaut, schränkt allmählich das Gebiet der sogenannten autochthonen Erkrankungen ein und erweitert den Kreis des exogenen Ursprunges derselben. Die Wichtigkeit dieses äußeren Einflusses anerkennend, ist die Pathologie bestrebt, denselben auf gewisse konkrete Fakta, welchen diese oder jene anatomischen Veränderungen zugrunde liegen, zurückzuführen. Es ist deshalb verständlich das Bestreben, eine Kette von Erscheinungen, die den äußeren Faktor mit der inneren Erkrankung konkret (d. h. anatomisch und physiologisch) vereinigt, herzustellen. Von diesem Standpunkte aus betrachtet, ist uns eben begreiflich das Bestreben etwa der Nervenpathologie der Gegenwart, die meisten Erkrankungen auf den Einfluß von konkreten Faktoren, z. B. Syphilis, Vergiftung durch verschiedene Substanzen usw., zu reduzieren. Von diesem Standpunkte aus betrachtet, müssen wir bestrebt sein, auch das Delirium acutum auf die soeben von mir erwähnte Kausalität zurückzuführen. Schlägt man bei der Lösung dieser Frage die entgegengesetzte Richtung ein, so erscheinen die anatomischen Veränderungen des sogenannten idiopathischen akuten Deliriums als ein Deus ex machina; es werden künstlich und ohne genügende Gründe jene scharfen Grenzen geschaffen zwischen dem idiopathischen

[1]) a. a. O. S. 19.



und deuteropathischen akuten Delirium, gegen welche so beweisend alle unseren anatomischen Kenntnisse auf diesem Gebiete sprechen."

Was ich damals nur voraussetzte, betrachte ich heute nach Verlauf mehrerer Jahre und nach Anhäufung einer Menge von Tatsachen als wissenschaftlich begründete Schlußfolgerungen.

Ich komme also zu folgenden Schlüssen:

1. Das Delirium acutum ist eine Erkrankung, welche durch verschiedenartige schädliche toxische Agentien hervorgerufen wird.

2. Das Delirium acutum weist keine bestimmte anatomische Struktur auf.

3. Zur Entstehung des Delirium acutum sind erforderlich die vorhergehenden Veränderungen des Zentralnervensystems, welche eine gesteigerte Empfänglichkeit des letzteren für die schädlichen Agentien bedingen.

4. Zur Entstehung des Delir. acut. ist erforderlich entweder a) eine Steigerung der Einwirkung derselben toxischen Substanzen, durch welche die chronischen Alterationen hervorgerufen worden sind, oder b) der Eintritt einer neuen Noxe in den Organismus, die das Zentralnervensystem endgültig zerstört.



Manisch-depressive Psychose und hysterisches Irresein bei ein und derselben Kranken.

Von

Dr. **W. Heinicke**, Anstaltsarzt des Weiber-Zuchthauses zu Waldheim (Sa.).

Kraepelin schreibt in seinem Lehrbuch bei Behandlung der Ursachen des manisch-depressiven Irreseins: „In einer Reihe von Fällen treten namentlich während der Anfälle, aber auch schon vorher, allerlei hysterische Züge hervor, Schreianfälle, Magenkrämpfe, Ohnmachten, große Anfälle." Diese Tatsache ist für den modernen Psychiater nichts Neues und findet ihre Erklärung zum Teil darin, daß die Hysterie wie das manisch-depressive Irresein die gleiche endogene Ursache, nämlich die degenerative Basis, haben.

Trotz dieser zum Allgemeingut der Psychiater gehörenden Kenntnis habe ich mich doch zur Veröffentlichung des folgenden von mir beobachteten Falles entschlossen, weil ich glaube, daß er in selten anschaulicher Weise die Vergesellschaftung von hysterischer und manisch-depressiver Psychose in einer Kranken zur Darstellung bringt.

Ich gebe im Folgenden die Krankengeschichte wieder:

Clara X, etwa 28 Jahre alt, Dienstmagd, Vater angeblich Trinker, war, soviel ich eruieren konnte, früher nie ernstlich krank; sie machte auch keine Lues durch; auch fehlen in der Anamnese Kopfverletzungen, Hirnerschütterungen usw.; sie lernte ihrer Angabe nach gut in der Schule, doch scheint sie, wie aus einem Brief der Mutter hervorgeht, schon früh an periodischen Stimmungschwankungen gelitten zu haben. In dem Briefe heißt es: „Denn zu manchen Zeiten, war es eine Freude meiner Tochter in der Arbeit zuzusehen; dann war es im Handumdrehen, fing sie an zu albern, ging ihrer Wege und machte verschiedene Kinderstreiche".

Die X. kam frühzeitig ins Gefängnis; der ersten Freiheitstrafe folgten weitere; meist handelte es sich um Diebstahl und Betrug; einmal, als sie in einer Treppenflur abgefaßt wurde, wie sie mit aufgelöstem Haar ein Badetuch und Bücher bei sich, in einem Winkel kauerte, hielt die später

forensisch-psychiatrische Begutachtung einen Dämmerzustand für erwiesen; das Gutachten ließ aber die Natur desselben offen, wenngleich für epileptische Basis manches zu sprechen schien. Ich neige allerdings nach meinen hiesigen Beobachtungen zu der Annahme, daß auch dieser Dämmerzustand hysterisch gewesen ist.

Am 21. 6. 1907 erfolgte die Einlieferung der X. in das hiesige Zuchthaus; ihre Verurteilung war erfolgt auf Grund zahlreicher Betrügereien und Diebstähle im Rückfall; der obenerwähnte Diebstahl des Badetuchs usw. fällt mit darunter; das Gericht hatte sich dem Gutachten des Psychiaters, dessen Inhalt, bzw. Existenz ich erst durch eine spätere Äußerung der Gefangenen erfuhr, nicht angeschlossen, und Simulation angenommen. Bei der Aufnahme hier, machte die X. zunächst einen gesunden Eindruck; das Gutachten des aufnehmenden Arztes lautete: Gesunde, kräftige Person, zu jeder Arbeit tauglich; insbesondere hatte auch das Nervensystem keine größeren Störungen ergeben. Die ersten deutlichen Anzeichen, die den Verdacht erwecken konnten, daß die Gefangene geistig nicht in Ordnung sei, traten erst im November 1908 auf — also reichlich 1 ¼ Jahr nach der Aufnahme —, anläßlich des Besuches der Mutter; sie äußerte, „ihr Kind sei nicht tot, sondern man habe in ihrer Abwesenheit ein anderes Kind in den Sarg gelegt [1]); überhaupt benahm sie sich nach Aufzeichnungen des beaufsichtigenden Beamten bei dem Besuch höchst albern und frech. Leider erfuhr ich damals nichts, sondern erst kürzlich von diesem Vorfall; offenbar deshalb, weil die Gefangene sich schnell wieder beruhigte, man nichts Krankhaftes vermutete, sodaß ich über die Natur dieser vorübergehenden Anomalie diagnostisch nichts aussagen kann.

Die X. verhielt sich nun wieder, kleine Ungezogenheiten abgerechnet, weit über ein Jahr ruhig und geordnet, sie war sogar eine äußerst fleißige, anstellige Arbeiterin, bis sie im Februar 1910 eine Beamtin in gemeinster Weise verleumdete; sie wurde nach sorgsamer Prüfung der ganzen Angelegenheit, wegen ihrer grundlosen Verdächtigungen, die sie übrigens in raffiniert überzeugender Weise vorgebracht hatte, bestraft; aber schon am 2. Tage machte sich die Unterbrechung der Arreststrafe nötig; „man hatte die Gefangene im Arrest bewußtlos aufgefunden“.

Im Krankenbogen steht darüber: 4. 2. 1910: wohl hysterisch zu deutende Bewußtseinstrübung, mit Neigung zu Muskelkrämpfen, Jammern. Die Gefangene wurde nun auf ärztlichen Vorschlag als Kranke behandelt; einige Tage später konnte die Strafe in milderer Form fortgesetzt werden; die X. trat auch ruhig die Strafe an; am nächsten Tag trat aber Durchfall ein, der abermals eine Strafunterbrechung bedingte; als nun die Gefangene nach 12 Tagen die Strafe, nach deren Weiterverbüßung sie selbst schon viel früher gedrängt hatte, wieder aufgenommen hatte, betrug sie

[1]) Auch bei späteren Erkrankungen spielt die Erinnerung an das Kind oft eine Rolle.



sich ganz geordnet, bis sie plötzlich über starke Menses klagte und Selbstmordideen äußerte; die genaue Beobachtung konnte, wie im Krankenbogen steht, weder starke Menses noch Geisteskrankheit feststellen; es blieb deshalb bei Verbüßung der Strafe unter genauer Kontrolle wegen der Selbstmorddrohungen. Die Strafunterbrechung mußte aber den nächsten Tag doch eintreten, da die Gefangene angab(!), ihr Gebiß verschluckt zu haben, und die vorgenommene Untersuchung — auch vaginal — die Angabe wahrscheinlich machte[1]). Bei der zwecks eventueller Laparotomie — die Gefangene klagte über heftige Schmerzen in der Magengegend — vorgenommenen Untersuchung durch einen Chirurgen gebärdete sich die X. deutlich hysterisch; sie war wie im Traum, kam Aufforderungen schleppend nach, widerstrebte der Untersuchung. Da keine bedenklichen Erscheinungen vorhanden waren, leitete man zunächst exspektative Behandlung ein; die starken Schmerzen verschwanden allmählich und nach 4 Wochen etwa war die Gefangene auch psychisch so weit, daß sie auf die Faktur zurückgegeben werden konnte.

Aus der Zeit ihres Krankenhausaufenthaltes seien folgende Einträge der Krankengeschichte wiedergegeben, soweit es sich um psychische Äußerungen der Gefangenen handelt.

9. 3. 1910: angeblich bei Bewegung etwas Schmerz im Magen; ist gedrückt; weint; es kommen bei ihr Stunden, wo sie nicht weiss, was sie tut. Hysterica, und so ihr Gebahren.

11. 3. 1910: geht zur Bewegung. — 14. 3. 1910: gedrückt. — 15. 3. 1910: recht depressiv; weinerlich; theatralisch: „sie hasse die Welt"; „hat das Leben satt"; will nachts Gräber und Blumen im Wachen sehen; stöhnt. — 16. 3. 1910: verstimmt. — 17. 3. 1910: hat geäußert: „sie wisse, warum sie hier sei: weil ihr Vater immer so geflucht habe". — 18. 3. 1910: Kopfschmerz. — 22. 3. 1910: will sich bessern; wankelmütig und nicht fest. — 23. 3. 1910: fühlt sich wohl.

Bei der nun folgenden Ausbettung wurde die Gefangene der Königlichen Anstaltsdirektion gegenüber gekennzeichnet als eine Person, die zu hysterischer Depression neige, die Berücksichtigung dieser Tatsache empfohlen und für Erlaß des Strafrestes plädiert. Wenige Tage später erkrankte die X. wieder; sie legte ihr altes hysterisches Gebahren an den Tag, brach, klagte Schwindel, war gedrückt; die Depression nahm zu; auch in einem Brief, der sonst überschwenglich gehalten war, trat die gedrückte Gemütsstimmung recht hervor; so schnell wie die traurige Stimmung aber ge-

[1]) Bei einem Gespräch am 22. XII. 1910 mit der Kranken gewinnt Verf. den Eindruck, daß das Gebiß nicht verschluckt ist, sondern auf andere Weise — wie? — verschwand. Die Gefangene will sich aber jetzt nicht darüber aussprechen, erst dann, wenn sie aus der Strafanstalt heraus sei; ähnliche Äußerungen hat sie wiederholt zu den Aufseherinnen getan. Ein Röntgenapparat ist hier noch nicht vorhanden.



kommen war, verschwand sie auch; die Gefangene verlangte wieder nach Arbeit; um ihr nach Möglichkeit entgegenzukommen, und um ihren Willen und ihr Vertrauen zu stärken, wurde sie auch zur Beschäftigung ausgebettet; doch schon 4 Tage später war sie wieder im Krankenhaus; sie hatte am Boden ihrer Zelle gelegen, nicht gearbeitet; die nächsten Tage war sie mürrisch und uneinsichtig. War bis dahin das Verhalten rein das einer Hysterischen gewesen, so traten jetzt plötzlich Symptome hervor, die zum Zustandbild der Manie gehörten; die Kranke zeigte Zerstörungstrieb, zerwirkte ihre Decken, sang Choräle und ganz gewöhnliche Lieder, dabei drängte sie nach Arbeit, „sie wollte sich ausarbeiten". In echt manischer Weise trat auch sonst ihr Beschäftigungsdrang deutlich hervor; aus den Fäden der zerstörten Decken legte sie sich am Boden des Krankenzimmers Püppchen, Häuser, Bäume; aus Klosettpapier baute sie sich Puppenstubenmöbel; sie halluzinierte, sah Käfer auf den Händen, ferner Blumen; ihre Stimmung war meist heiter, aber unbeständig, schnell wechselnd, eben noch freundlich, war sie plötzlich abweisend. Diesem kurzen leicht manischen Abfall folgte eine Depression; die Gefangene wollte nunmehr allein sein; einen Tag lang war sie psycho-motorisch gehemmt, so daß diese Phase ihres Gemütslebens ebenfalls wieder dem manisch-depressiven Irresein zugehörte. Ein Brief aus dieser Zeit veranschaulicht die gedrückte Stimmung recht deutlich; er lautet im Exzerpt: — „Ich bin nervenkrank. Lieber Rudolf ich kann es Dir brieflich gar nicht so schildern, wie es mit meinem Kopfe steht. Ich habe immer so dumpfe Kopfschmerzen; es ist, als hätte ich einen Ameisenhaufen darin usw. Selbst die Musik, die ich doch meist so gern hörte, kann ich nicht mehr erhören; alles stört mich; ich möchte am liebsten gar nichts mehr von der Welt sehen; ich habe immer ein so weh- und schwermütiges Gefühl in mir. Lieber Rudolf, wenn ich so den ganzen Tag in meinem Bett liege, dann kommen mir immer so traurige Gedanken in den Kopf, ich muß dann immer an mein verfehltes Leben denken, welches ich geführt habe; jetzt muß ich selbst erfahren, daß die Sünde der Leute Verderben ist, usw. Sie spricht dann von der ihr hier durch den Arzt zu Teil werdenden Behandlung und fährt dann fort: „Ich bin es nicht wert, was er an mir getan hat".

Dieser Zustand führte dann ins Gleichgewicht. Dasselbe hielt etwa von Anfang bis Mitte Mai 1910 an. Das Körpergewicht, das im Laufe der Strafzeit zurückgegangen war, hatte zu dieser Gleichgewichtzeit etwas mehr als das Zuganggewicht erreicht. Leider begann sehr bald eine diesmal wieder mehr hysterisch gefärbte Depression. Am 18. 5. 1910 steht im Krankenbogen: Wieder gekippt; starker Kopfschmerz; deprimiert; schlaflos; überempfindlich gegen Geräusche. — Am 19. 5. 1910: matt; deprimiert; Kopfschmerz. — Am 20. 5. 1910: wortkarg, schwindlig; Hysterica. — Am 23. 5. 1910: heute guter Stimmung; darf morgen etwas beschäftigt werden(Tupfer machen). — Am 26. 5. 1910: übelnehmerisch;

empfindlich; sieht verstimmt aus. — Am 28. 5. 1910: 7 Pfund abgenommen seit 14 Tagen; verstimmt; nimmt keine Arbeit an. — Am 31. 5. 1910: Stimmung wechselt beinahe täglich wie Tag und Nacht. Während dieser Depression kam es aber auch zu wiederholten, schnellvorübergehenden heftigen Erregungsausbrüchen, ähnlich dem *Aschaffenburg*schen Zuchthausknall; der eine war dadurch prompt ausgelöst, daß ihr der Arzt gesagt hatte, wenn sie sich nicht zusammennähme, müsse sie in eine Heilanstalt; sofort zertrümmerte sie das Nachtgeschirr, wühlte ihr Bett durcheinander, brüllte, warf die Pantoffeln umher usw.

Als sie wieder besser war, wurde von neuem ein Versuch der Beschäftigung mit ihr gemacht und sie ins Waschhaus genommen, wohin sie selbst stets sehr gern ging, weil sie dabei viel in frischer Luft war, Wäsche bleichen und trocknen konnte usw. Dort ging es einige Tage leidlich; bald aber saß sie vor dem Waschfaß ohne zu arbeiten; auf Fragen antwortete sie kein Wort; sie wurde ins Krankenhaus gebracht. Im Krankenbogen steht darüber unter dem 17. 6. 1910: Liegt auf dem Rücken, Augen geschlossen, Lippen konvulsivisch sich bewegend. Bei Öffnung der Lider Pupillen eng, Augen konvergent; bei Suggestion richten sie sich gerade aus; die Lippenbewegungen hören wenigstens momentan auf. Hat noch nichts zu sich genommen, nimmt auch kein Wasser zu sich, als sie aufgerichtet wird.

Bewußtsein nur halbgetrübt.

Unter dem 18. 6. 1910 ist notiert: In der Nacht zum 18. 6. ist sie, wie es den Anschein hatte, auf das Nachtgeschirr gegangen, hatte viel Urin gelassen und ist jedenfalls dann hingefallen. — Die Wache fand sie neben dem Bett liegend; das Nachtgeschirr war umgefallen; doch lag sie nicht in der Nässe. Die Wache legte sie ins Bett; die Beine wären wie Holz steif gewesen; Körper kalt; ins Bett gebracht habe sie geweint.

Heute früh Kaffee getrunken; reichlich Brot gegessen; mittags Alles aufgegessen; bei der ärztlichen Visite sprach sie vernünftig, erinnerte sich nur dunkel an das Vorgefallene. Die ganze Sache hätte mit Brennen im Auge und Kopfschmerzen angefangen usw. Es handelte sich um einen ausgeprägten Dämmerzustand hysterischer Natur.

Nach ihrer abermaligen Ausbettung ging es nun einige Wochen leidlich, bis sie in echt hysterischer Weise im Anschluß an einen Selbstmordversuch einer Mitgefangenen vorübergehend sehr erregt wurde und wieder ins Krankenhaus mußte; nach ihrer Beruhigung kam sie wieder auf die Faktur, um es eben immer wieder zu versuchen, ehe man sie endgültig einer Irrenanstalt überwies, da die in der Irrenanstalt zugebrachte Zeit auf die Strafzeit nicht angerechnet wird; die Gefangenen müssen vielmehr nach der Genesung wieder ins Strafhaus zurück, und der Circulus vitiosus beginnt meist von neuem. Es ist also die möglichst lange Zurückhaltung der psychisch labilen Gefangenen im Strafhaus unter ihrer Eigenart nach Möglichkeit Rechnung tragender Behandlung sowohl im Interesse des



Strafvollzugs, als auch in dem der Gefangenen selbst im allgemeinen nicht falsch. — Kaum ausgebettet, z. T. vielleicht auf einen geringfügigen äußeren Anlaß hin, lag sie wieder in der Zelle; sie hatte Hautschürfuugen an der Stirn, war etwas benommen; tagelang war sie darauf vollständig stumm, bis sich diese schwere Hemmung in heitere Erregung auflöste, die einer sehr kurzen freien Zwischenzeit Platz machte; auf diese folgte eine erneute, durch allerhand Sinnestäuschungen heiteren und ängstlichen Inhalts beeinflußte Erregung, die anfangs den Charakter der seltenen Erregungzustände manischer Dämmerzustände trug, schließlich aber deutliche Anklänge an rein manische Erregung zeigte.

In der Krankengeschichte steht darüber:

25. 8. 1910: hat in der Zelle Püppchen mit einem Bein verfertigt; in Erregung; schrieb ins neue Testament einen Brief an ihre Mutter; unklar; der Papst hat ihr vergangene Nacht gegen 30 M. Vergebung der Sünden versprochen; eine verstorbene Mitgefangene K. war nachts in ihrer Zelle; mit ihr hat sie sich gebalgt.

Nachmittag in heiterster Erregung, lacht, schreit, wiegt eine zusammengerollte Decke im Arm, es sei ihr Kind; der Papst guckt oben zur Decke herunter; hat das Kind gefüttert; hat die Puppen mit einem Bein auf Anordnung des Papstes gefertigt; halluziniert stark, bald ängstlich, bald heiter; auch sexuelle Halluzinationen.

Bei allen ihren Reden war sie vollkommen traumhaft. Ganz anders die nächsten Tage.

27. 8. 1910: meist heiter, absolut nicht zu fixieren; Anklänge an manische Erregung; halluziniert.

Nun folgte ein Zustand der Hemmung mit späterer Amnesie.

Die Notizen im Journal lauten.

28. 8. 1910: Beobachtung durch das Fenster, ohne daß sie die Annäherung gemerkt hat: Sitzt mit gefalteten Händen im Bett, mit starr seitwärts gerichtetem Blick, unbeweglich. Erschrickt beim Öffnen der äußeren Tür, erscheint beim Eintritt des Arztes gehemmt, spricht zunächst garnicht; Augen mit Tränen gefüllt. Sie hört dann die vom Markt herschallende Platzmusik und bemerkt dazu: „die singen".

Nach den Angaben der Aufseherin war sie heute früh viel geordneter, als gestern, sie hat sich selbst richtig gewaschen und die Haare geordnet (gestern angeblich nicht) und hat von selbst geäußert: Heute ist die Welt ganz anders. Beim Glockenklang habe sie geweint. Richtige Nahrungaufnahme.

29. 8. 1910: Nachts gut geschlafen; heute psychisch freier, nicht mehr verstimmt, doch noch etwas gehemmt.

30. 8. 1910: Hat heute zwar ziemlich freien Blick, gibt aber an, daß es ihr so eigen sei, als ob ihr etwas fehle, als ob sie hinauskommen werde; oft werde es ihr plötzlich heiß. Nach ihrem Entlassungstermin gefragt, weiß sie blos zu sagen: wohl 1912; genau wisse sie es nicht.

31. 8. 1910: Ruhig; klar; gehemmt.



2. 9. 1910: Gestern vollkommen klar, nur Amnesie; weiß auch, wann sie entlassen wird; sehr weich in der Stimmung; möchte gern ihrer Mutter eine Stütze sein; im allgemeinen Saal am Tag.

An diesen Hemmungzustand schloß sich wieder eine Phase des Gleichgewichts, dann folgten Tage mit wechselndem Verhalten, bis es im Anschluß an die Ablehnung ihres Gnadengesuchs wieder zu einem Anfall später rein manischen Charakters kam; sie widerstrebte, zerriß ihre Lagerstätte, lief nackend umher usw.

Krankenbogen 12. 10. 1910: Heute erfuhr sie, daß ihr Gnadengesuch abgeschlagen sei; darnach hochgradig erregt; mußte mit Gewalt entkleidet und ins Einzelstübchen gebracht werden; zerstörte dort ihre Lagerstätte, warf die Kissen umher, legte sich auf den Fußboden: „sie glaube an keinen Gott mehr, ihre Mutter brauche keine unglückliche Tochter; wenn sie herauskäme, wolle sie schon ihr Ding machen.

Die Aufseherin hat weiter notiert: Nachdem die X. heute eingebettet war, warf sie alle Kissen und Decken umher, zerriß ihr Hemd und das Bettuch, lief nackend, stieß die gemeinsten Redensarten aus, die nicht niederzuschreiben sind, schimpfte auf alle Anstaltbeamte, war nicht durch gutes Zureden zu beruhigen. Das Mittagessen, welches ihr durch die große Erregung etwas später verabreicht wurde, schüttete sie auf den Fußboden und drohte jeden, der zu ihr herein komme, mit einem abgerissenem Streifen vom Bettuch zu erwürgen.

13. 10. 1910: X. hat sich Streifen von ihrem Bettuch um den Leib gebunden, an welche sie alle Herren aufhängen will, welche zu ihr hereinkommen; Herrn Inspektor und Herrn Pastor will sie zuerst aufhängen. Der Krankenwärterin drohte sie mit allen möglichen Gewalttaten.

15. 10. 1910: Befindet sich auch heute wie gestern im Bild der manischen Erregung; ist heiter; erotisch; will ihr Indianerhemd; zerreißt die feste Matratze und wälzt sich in dem Holzwollenwust herum; schießt Purzelbäume; illusioniert Ringe für Geld; äußerst ablenkbar.

17. 10. 1910: Reimte kürzlich in manischer Weise; in heiterer Erregung; will heute Hochzeit machen; der Arzt ist Brautführer.

Dieser manische Anfall ging nach einigen Tagen in einen leicht traumhaften Zustand über, der sich mit Blitzen vor den Augen einleitete. Die Stimmung wurde nun sehr bald gedrückt. Die Gefangene weinte heftig, auch auf Grund schrecklicher Sinnestäuschungen. Vergleiche dazu Krankenbogen vom 19. 10. 1910: Weint heftig; fürchtet sich, es fahren 2 Wagen mit Männern, wo die Köpfe halb abgeschnitten, blutüberströmt daran hängen, auf sie zu; will sie mit aller Gewalt abwehren; läßt sich zureden, schläft ein.

Den folgenden Tag steht in der Krankengeschichte: Heute vollkommen stupös; starrt vor sich ihn; spricht kein Wort; reagiert überhaupt auf nichts.

21. 10. 1910: Persönlich und in bezug auf Umgebung orientiert;



gehemmt; ängstlich; gedrückt; halluziniert; sieht Bilder an der Wand, wo Böse und Gute geschieden werden; „sie käme zu den Bösen".

22. 10. 1910: Etwas freier; gedrückt. — 24. 10. 1910: Gedrückt. — 27. 10. 1910: Gehemmt; liest vor (auf Erfordern); weiß aber nicht, was sie gelesen hat.

Nun folgt eine kurze Phase relativen Gleichgewichts, aus der die Gefangene, ohne jeden Grund, wieder in die reinste manische Erregung kam, deren genaues Zustandbild ich gegen Ende dieser Arbeit noch beschreiben werde. Hier nur soviel davon: Die Kranke ist bald mehr, bald weniger laut während dieses Anfalls; sie ist schwatzhaft, singt, zeigt klassische Ideenflucht, ist oft schwer fixierbar, sie dichtet, reimt, gefällt sich im Wortspielen, will sich ausscheuern, viel arbeiten, bemalt ihr Stübchen am Fußboden mit Milch usw.; dabei ist sie von sich eingenommen; sie dünkt sich reich; ist aber orientiert, kennt die Umgebung, das Datum ziemlich, ihren Namen, weiß, wo sie ist; somatisch klagt sie über Sensationen, wie Bienen im Kopf; an sich ist sie sauber, wenngleich sie bei früheren Anfällen gelegentlich ihre äußere Erscheinung etwas verwahrlost hat. Halluzinationen spielen in ihrem Gebahren und Blick zweifellos eine Rolle, doch gibt sie dieselben nur indirekt zu.

Über die Gleichgewichtphasen ist noch zu bemerken, daß sie während derselben eine der fleißigsten, intelligentesten Arbeiterinnen ist; immer aber ist sie leicht empfindlich, hetzend und intriguierend, die gekränkte Unschuld, die erst im Zuchthaus schlecht wird, draußen gut war; es fehlt ihr in der Gleichgewichtzeit absolut das Gefühl für ihre eigene Sünde, ein Gefühl, das sich aber z. Z. der verschiedenen Depressionen bald mehr, bald weniger bemerkbar macht und somit trotz seiner Berechtigung als Krankheitäußerung zu gelten hat.

Zusammenfassung der Krankengeschichte. — Von einem Trinker abstammende Tochter gerät frühzeitig auf die Bahn des Eigentumverbrechens. Sie ist angeboren pathologisch; so ist es z. B. ihrer Mutter aufgefallen, daß die sonst mit Lust arbeitende Tochter plötzlich alberte, Kinderstreiche machte und davonlief. Später wurde bei der Gefangenen, als sie bei einem Diebstahl unter eigenartigen Begleiterscheinungen abgefaßt wurde, ein Dämmerzustand festgestellt.

Bei ihrer letzten Strafverbüßung wurde die Gefangene zuerst dadurch auffällig, daß sie anläßlich eines Besuches ihrer Mutter behauptete, ihr Kind sei nicht tot, man habe ein anderes Kind in ihrer Abwesenheit in den Sarg gelegt; überhaupt benahm sie sich bei diesem Besuch auch sonst auffällig; um was für eine Störung es sich damals handelte, wurde nicht festgestellt, da sie kein Arzt beobachtete.





Jedenfalls trugen aber die späteren psychischen Anomalien anfangs rein psychogenen Charakter; die Gefangene wurde verleumderisch, zeigte wiederholt Bewußtseinstrübungen vom leichten Traumzustande bis zum Dämmerzustande, ja bis zu fast vollständiger Bewußtseinsaufhebung; einmal wurde Neigung zu Muskelkrämpfen beobachtet; sehr bald traten dann Depressionen auf, die anfangs auch mehr hysterischen Ursprungs waren; sie war dabei theatralisch; es bestanden ferner gelegentlich bei ihr Kopfschmerz, Schwindel und Brechneigung; anfangs wurde keine psychomotorische Hemmung bemerkt. Im Verlaufe der weiteren Beobachtung traten dann plötzlich Anfälle auf, die hypomanisch bis manisch zu nennen waren; einer von ihnen trug am Anfange den Charakter eines Erregungzustandes manischer Dämmerzustände; dazwischen kam es auch wieder zu hysterischen Bewußtseinstrübungen, mehrmals zu zuchthausknallähnlichen psychogenen Erregungen; die manischen Anfälle waren bisweilen von Depressionen gefolgt, die durch psychomotorische Hemmung oder durch einen Symptomenkomplex ähnlich dem von *Kraepelin* beschriebenen stuporösen Bewußtseinstrübungen manisch-depressiver Depressionszustände, ihre Zugehörigkeit zu diesem letzten Krankheitbilde bewiesen; bisweilen zeigten aber auch diese hysterischen Beigeschmack. Es handelte sich also in Kürze um eine Gefangene, bei der sich in unregelmäßiger Folge psychische Störungen zeigten, die klinisch bald der Hysterie bis zu ihren schwersten Erscheinungsformen, bald dem manisch-depressiven Irresein angehören; mit anderen Worten, es zeigt die vorliegende Krankengeschichte das Bestehen von zwei Psychosen degenerativer Basis in einer Person.

Ich möchte meine Betrachtung nicht schließen, ohne selbst auf zweierlei noch hingewiesen zu haben, einmal darauf, daß der Krankengeschichte verschiedene Mängel insofern anhaften, als bisweilen statt der Zustandschilderung bei den verschiedenen Einträgen sofort die fertige Diagnose als: „wohl hysterisch zu deutende Bewußtseinstrübung, Hysterica und so ihr Gebahren, Dämmerungzustand hysterischer Natur, manische Anklänge usw.“ zu finden ist; es fehlt den Diagnosen gewissermaßen die exakte wissenschaftliche Begründung. Das zweite, was ich erwähnen möchte, bezieht sich darauf, daß in der Behandlung der erkrankten Gefangenen für den modernen Psychiater manches reformbedürftig erscheinen könnte.



Ich beginne mit meinem 2. Einwurf und gebe zu, daß in einer modernen Heil- und Pflegeanstalt es als falsch gelten müßte, wenn die Erkrankte bei eventuellen Anfällen usw. in ein Einzelstübchen kommt, statt in den Wachsaal; bei dem Material einer Strafanstalt liegen die Verhältnisse aber anders. Geisteskranke Verbrecher bedürfen schon aus Sicherheitgründen mehr der Isolierung, als andere Geisteskranke; es ist aber auch, wenn sie weiter in der Strafanstalt bleiben, für sie oft besser, sie machen die auffälligsten psychotischen Zustände, sofern sie schnell vorübergehen, in dem Einzelstübchen durch, als im gemeinsamen Raum mit geistig gesunden körperlich Kranken, von denen sie nach ihrer Genesung noch mehr als dies sowieso schon der Fall ist, Sticheleien und allerhand Anzapfungen dann ausgesetzt sind. Daß das Einzelstübchen den modernsten Anforderungen entspricht, ist selbstverständlich; auch daß man die Kranken nicht lange isoliert läßt, sondern möglichst bald, sowie es der Zustand nur einigermaßen gestattet, herausnimmt. In Einzelhaft psychisch Erkrankte wird man natürlich wegen der Monotonie der Eindrücke tunlichst nicht absondern; Verwunderung wird es vielleicht auch, ohne Erklärung, erregen, daß die hier in Betracht kommende Gefangene gelegentlich statt in Gemeinschaftshaft in Zellenhaft nach ihrer Genesung kam; daß dies nach allgemein psychiatrischen Grundsätzen falsch ist, liegt auf der Hand. Die Psychiatrie der Strafanstalt muß aber manchmal andere Wege gehen als es die Psychiatrie im allgemeinen tut, wie ja auch die Chirurgie in Irrenanstalten sehr oft von der allgemeinen Chirurgie abweicht, eben aus wohl erwogenen Zweckmäßigkeitgründen heraus. Genesene Geisteskranke in Strafanstalten sind, wie schon oben erwähnt, oft Anspielungen, Schimpfereien, als Klapser, Verrückter usw. ausgesetzt, sowie sie sich in Gemeinschaftshaft befinden; je empfindlicher sie sind, desto mehr Kollisionen bekommen sie dann, die ihnen mehr schaden, als die oft selbst erbetene Einzelhaft; natürlich werden sie in derselben peinlich auf eventuelle schädliche Folgen kontrolliert; es ist oft wirklich nicht leicht für Arzt wie Strafvollzugbeamten, immer und immer wieder Faktur mit Faktur, Zelle mit Gemeinschaftshaft zu wechseln, blos um der psychischen Eigenart unserer vielen minderwertigen Gefangenen nach Möglichkeit Rechnung zu tragen. Weiter dürfte es vielleicht auffallen, daß die angetretene Arreststrafe später fortgesetzt wurde, nachdem bei der Gefangenen eine hysterische Bewustseinstörung festgestellt worden war; ich bemerke dazu, daß die Weiterverbüßung erst dann eintrat, als die Gefangene keine Krankheitsymptome mehr bot; wenn sie auch, ehe sie die Strafe fortsetzte, sich ungezogen benahm, so ging sie doch ruhig in Arrest, ein Zeichen, daß die Ungezogenheit nicht krankhaft war, auch der weitere Verlauf lehrte dies; selbstverständlich war aber die Strafe wesentlich gemildert worden. Hätte man sie von vornherein ganz geschenkt, so würde man der Disziplinwidrigkeit Tür und Tor öffnen; Hysterische mit gewisser Konsequenz behandeln, ist noch keine Härte. Daß einige



Tage später, auf die Selbstmorddrohungen hin, die Strafe nicht unterbrochen wurde, dürfte ebenfalls auf den ersten Augenblick überraschen. Ehe ich damals mein Gutachten abgab, die Strafe könnte fortgesetzt werden, habe ich die Gefangene eingehend auf eine vorhandene psychische Anomalie geprüft und nichts z. Z. davon gefunden; sie wollte offenbar damit den Strafrest erlassen haben, wie ja Selbstmorddrohungen bei gesunden Arrestanten immer diesen Zweck verfolgen; als es ihr nun nicht gelang, so die Strafe zu beenden, zerbrach sie ihr Gebiß und gab an, es verschluckt zu haben. Ich habe die feste Überzeugung, daß sie mich damals betrog, wie ihre kürzlichen Äußerungen andeuten. Daß sie damals bei der Untersuchung durch den Chirurgen sich hysterisch gebärdete, in einen Traumzustand kam, läßt sich vielleicht erklären als Effekt der Angst, man wolle ihr den Leib aufschneiden. Auch die Frage, warum man ihr bei Strafantritt das Gebiß nicht genommen habe, glaube ich beantworten zu können. Erstens lag kein Grund vor, ihr es zu nehmen, da die Gefangene nie etwas damit gemacht hatte; zweitens aber würde man mit der Wegnahme höchstens ihre Aufmerksamkeit auf das Gebiß gelenkt haben als auf einen Gegenstand, recht geeignet, sich interessant zu machen; man wäre dann schließlich gezwungen gewesen, es ihr dauernd zu entziehen, und dies würde eine ganz bedeutende Gesundheitschädigung gerade bei der Eigenart der Gefangenenkost im Gefolge gehabt haben.

Ich hoffe damit bewiesen zu haben, daß die Psychiatrie in einer Strafanstalt bisweilen von der allgemeinen Psychiatrie abweichen muß, daß aber diese Abweichungen von der Norm genau erwogen werden, immer unter dem Gesichtspunkte, was ist das kleinere Übel, nach dem wir ja in der Medizin so häufig zu handeln gezwungen sind.

Ich komme jetzt auf meinen ersten Einwurf zu sprechen, der darin bestand, daß ich meiner Krankengeschichte insofern einige Mängel vorwarf, als bisweilen statt der Schilderung der Symptome, des Zustandes, die fertige Diagnose in den Aufzeichnungen sich befinde.

Es erklärt sich dies daraus, daß die Krankengeschichte von vornherein nicht zur Veröffentlichung bestimmt war; weiter aber müssen wir Strafanstaltärzte bei der Führung unserer Journale neben der Psyche der Gefangenen noch deren körperlichen Zustand, ihre Arbeitfähigkeit und vieles mehr beachten.

Wollten wir einseitig die so häufigen nervösen und psychischen Störungen in bezug auf die unsere Diagnose festigenden Symptome in die Krankengeschichte eintragen, so müßten bei der uns zur Verfügung stehenden Zeit die anderen oben angezogenen Gesichtspunkte des Krankenbogens leiden, und wir würden uns auch die Zeit für



unsere sonstige Strafanstalttätigkeit, als Gutachter, allgemeiner Arzt, Hygieniker, sehr beschneiden.

Schließlich ist dies ja auch keine Klinik für Psychisch-Kranke.

Um aber eventuellen, infolge dieser Mängel doch eintretenden Zweifeln an der Richtigkeit der Auffassung des vorliegenden Falles zu begegnen, sei es mir gestattet, im folgenden erstens einen Nervenstatus der Gefangenen wiederzugeben, den ich kürzlich zum Teil zum Zwecke dieser Veröffentlichung anfertigte, als die Gefangene im Gleichgewicht war; aus diesem geht deutlich hervor, daß die X. eine Hysterica ist; zweitens will ich noch das Resultat einer mit der Gefangenen während der letzten Erregung angestellten Exploration, das die manischen Züge klar hervortreten läßt, in extenso aus dem Krankenbogen hier veröffentlichen mit Angabe des Nervenstatus, soweit ihn die Erregung der Gefangenen zuließ. Auch sind diese Diagnosen durch Kollegen, die mich gelegentlich vertraten, ebenfalls bestätigt.

Vorausschicken will ich noch, daß die Gefangene im allgemeinen bis auf Blutarmut körperlich gesund ist, soweit sie eine Untersuchung zuließ; auch der Urin ist ohne Befund.

Status vom 22. 2. 1910: Ziemlich genau in der Medianlinie des Körpers vorn und hinten abschneidende Anästhesie der rechten Körperhälfte[1]) für Schmerz-, Tast-, Wärme-, Kältesinn; im Gebiet des l. Quintus war dazu noch der obere und mittlere Ast ebenfalls z. T. für diese Empfindungsqualitäten unempfindlich. Der Drucksinn war am Körper überall[1]) positiv, nur trat er rechts durch die komplete Hautanaesthesie im allgemeinen später in Erscheinung; beim Wärmesinn wurde links ein Nachklingen der Wärmeempfindung beobachtet, sodaß ein kurz daraufkommender Kältereiz unbemerkt blieb; es mußten zur Prüfung von kalt und warm links größere Pausen gemacht werden; dann bekam man sichere Angaben.

Ferner wurde konstatiert:

Conjunctivalreflex }
Ciliarreflex } links +, rechts —.

Clavus: +.

Patellarreflexe: gesteigert.

Fußsohlenreflex: links +, rechts —.

Fußclonus: nein.

[1]) Untersucht wurde daraufhin nicht Kreuz-, Gesäß-, Bauch-, vordere und hintere obere Oberschenkelgegend, da die Kranke dies verweigerte; doch würde wohl dort der Befund der nämliche gewesen sein.



Der Augenhintergrund, sowie die lichtbrechenden Medien erschienen mir ohne Besonderheit; dagegen war das Gesichtsfeld rechts konzentrisch stark eingeengt gegen l. (grobe, keine Perimeterprüfung); rechts konstatierte ich ferner eine Herabsetzung der Sehschärfe; eine am 23. 12. 1910 vorgenommene diesbezügliche Untersuchung ergab: r. Auge geringe Myopie und Astigmatismus, l. normale Sehschärfe; auch wurden rechts Mouches volantes konstatiert. Das Hörvermögen erschien für Flüsterstimme ebenfalls r. < l.; eine spätere Trommelfelluntersuchung ergab normale Verhältnisse dort.

Sehr deutlich waren auch rechts die Störungen des Geschmacks, wie Geruchs.

Die l. Zungenhälfte schmeckt: süße Lösung süß; saure Lösung sauer; bittere Lösung sauer (das ist Essig); salzige Lösung: ?

Die rechte Zungenhälfte schmeckt: süße Lösung: schmeckt nach gar nichts; saure Lösung: weiß ich nicht; bittere Lösung: das ist, als wenn salzig; salzige Lösung: weiß ich nicht.

Der l. Nervus olfactorius riecht sofort: Liniment. volatile = Salmiakgeist, Brennspiritus; Benzin ebenfalls, doch kann es Gefangene nicht sogleich benennen.

Der r. Nervus olfactorius riecht nichts von diesen 3 Substanzen: z. T. wird hier auch eine Quintusstörung mitwirken, insofern als Salmiakgeist nicht empfunden wurde.

Schilderung und *Exploration der Gefangenen während eines Anfalls* am 3. 12. 1910. Die X. befindet sich in heiterer Erregung; sie will dem Arzt, sowie er ihr Zimmer betritt, Rätsel aufgeben; sie bemerkt sein Eintreten sofort; auf das Linoleum hat sie mit Milch Zahlen geschrieben, die nach allen Richtungen hin die Quersumme 15 ergeben; sie ist deutlich ideenflüchtig, kommt von einem ins andere, lacht dazwischen, rechnet wieder usw.

Frage: wie heißen Sie? Antwort: X....., X....., X....., X.....

Frage: Heißen Sie nicht Clara X? Antwort: Clara ist kein schöner Name, ich nenne mich Johanna, meine Mutter heißt Friederike. Sie macht nun einen Hasen aus dem Betttuch; zeigt die Ohren desselben; „solche große Ohren hat mein Bruder gehabt“. Sieht den Arzt schreiben: „ich kann auch schreiben“. Diktiert nun sofort einen Brief an ihre Eltern; schwatzt weiter, schnattert selbst gefertigte Gedichte herunter; ist keinen Augenblick ruhig.

Frage: welcher Tag? Antwort: Sonnabend (ist richtig).

Frage: welches Datum? Antwort: wir hatten doch Andreas, wo ich die Maikätzchen zu Ihnen hineingestellt habe.

Frage: welchen Monat? Antwort: wohl den 4. Dezember (in re. 3. 12.).

Frage: welches Jahr? Antwort: 1910; kenn' mer, wo mir's so traurig gegangen ist; sie fährt dann fort: „Ich kann mir Alles gut merken! Ich



habe dreißigerlei Sachen richtig gebracht"; nennt dazwischen die Wärterin ganz unmotiviert: Connewitzer Anna; fährt fort: „meine Mutter kann nicht schreiben; die macht 3 Kreuze; ich bin fröhlich; ich komme bald heraus; da will ich aber arbeiten, die Goldfische füttern, die Blumen gießen; wenn ich zurückkam, sagte mein Vater: „Du Große, bist Du wieder eingerückt?" Sagt nun ein Gedicht auf, das sie offenbar früher gemacht: „Ein neuer Geistlicher wird eingesegnet, — So klang es heute vor 14 Tagen, — Wie wird er sein, wie wird er predigen, — So hör' ich die Gefangenen fragen; — Die Stunde der Feierlichkeit begann: — Der Herr ist mein Hirte, vom Chor es klang ,— Der Geistliche stand vor dem Altar, — Und zu ihm der Konsistorialrat sprach: — Mein Sohn, die Stunde ist bereit, — Da Du als Geistlicher wirst eingeweiht, — Sei Du der Gemeinde ein treuer Hirt, — Bringe Du zurecht, die sich haben verirrt!"

Frage: wo sind Sie? Antwort: „in Waldheim; ich kann fein dichten; ich habe eine poetische Ader erwischt; ich wollte aber jetzt arbeiten; ich wollte scheuern; das ist nicht gut, daß ich hier sitze." So geht es ideenflüchtig weiter.

Frage: hören Sie Stimmen? Antwort: „Nicht wahr, wenn ich es sage, lassen Sie mich fortschaffen?", erzählt, es kriecht wie Ameisen auf dem Kopf; „hier in dem Stübchen ist es nicht recht geheuer; hier ist es wie in einer Freimaurerloge"; hat auf Befragen Feinde, ist sehr reich, hat 50 000 M; fährt fort: „ich bin reich, meine Mutter hat das größte Geschäft im Tragkorb, eine Fabrik in Konstantinopel, Adrianopel, Philiponopel (?)"; in einem Atem geht es weiter: „Mein Fräulein darf ich wagen, Sie zu fragen, welchen Kragen Sie getragen, da Sie lagen, krank am Magen, in dem Wagen, der von Aachen nach Kopenhagen? Ne, was Sie sagen!" Immer schneller schnarrt sie allerhand solche Wortspiele und Gedichte herunter, so daß man sie überhaupt kaum mehr versteht, geschweige denn nachschreiben kann. Selbst mit Stenographie, mit Hilfe derer die Wiedergabe der Exploration im allgemeinen noch anschaulicher ausgefallen wäre, wäre es kaum möglich gewesen, ihrer Worthetzerei zu folgen.

Um einen besseren Einblick in ihre Dichtungen zu haben, wurde ihr nun aufgegeben, dieselben zu Papier zu bringen. Sie schrieb dann auch dieselben auf, sogar im allgemeinen ganz ordentlich; die letzte Seite des Bogens bemalte sie aber mit allerhand Köpfen, Blumen, Häusern und erklärenden Bemerkungen, dazwischen hinein schreibt sie: Sauerkraut mit Klösen, Schweinsknochen, Kalbsbraten, Weihnachten 1910, o Du fröhliche, selige Zeit, dann kommen wieder Zahlen, die in der Quersumme 15 geben usw., unten am Bogen steht: Colditz, Geschäft, Sache.

Von dem zu dieser Zeit aufgenommenem Status ist folgendes zu erwähnen: Pupillen: reagieren auf L. und A.; Gaumen- und Rachenreflexe: O.; Fußclonus: beiderseits; Dermographie: +; Schmerzempfindlichkeit: O an den geprüften Stellen (Gesicht, Rücken, Armen, Beinen); ob durch die Hysterie oder Ablenkung?





Ovarie: nein; Clavus: +; Globus: ?; Ohren: *Wildermuth* duplex; aufgerollte Ohrläppchen.

Zum Schluß noch einige Proben ihrer Gedichte, die zumeist für ihre Mutter, an der sie sehr hängt, bestimmt sind: „Möge Gottes Hand Dich leiten, — Möge er Dein Tröster sein, — Dich auf ernster Bahn begleiten, — Mit Dir gehen aus und ein, — Möge Gottes Güt' und Treue — Dir das Leben recht versüßen, — Und mit neuer Lebenskraft, — Dir Dein' Lebensweg umsprießen! — Fern von Dir, geliebte Mutter, — Gratuliere ich Dir heut', — Wünsche Dir den rechten Segen, — Kraft vom Himmel für Dein Leid! — Stets will ich zum Vater flehen, — Daß ich Dich noch einmal seh'— Und am Abend Deines Lebens, — Schützend Dir zur Seite stehn."

„Mutter, ach Dein Kind, es sehnt sich hier, — Kunde, glückliche, von Dir zu wissen, — Keine Boten geh'n von Dir zu mir, — Hat die Ferne jedes Band zerrissen? — Mutter, Deine zarte Liebe wird — Balsam sein für meine Herzenswunden, — Wenn Dein Kind, das sich verirrt, — Endlich wieder zu Dir heim gefunden!"

„. . . . Weihnachtsfest seh' ich im Geiste — Daheim bei meinem Mütterlein, — O, wie sitzt sie da so traurig, — Und betrübt beim Lampenschein.

Tränen rinnen aus den Augen — Auf die Wangen schmal und bleich, — Doch da drinn, in ihrem Busen, — Schlägt ein Herz, so warm und weich.

Seht, wie sie die nassen Augen, — Voll Vertraun zu Gott aufhebt, — Wie sie sich die Kraft von oben — Für ihr wundes Herz erfleht.

Weiß sie doch, bei wem sie Hilfe — Und bei wem sie Rettung find' — Für die Sorge, die sie trägt, — Über ihr verirrtes Kind.

Mutterherz, es schlägt so innig — Für das Kind in weiter Fern', — Mutterliebe nicht erkaltet, — Sie vergibt dem Kinde gern.

Muttertreue niemals wanket, — Wenngleich Alles fällt und bricht; — Mutterherz, es liebt so lange, — Bis der Tod das Auge bricht."

Wahrscheinlich sind ihre vielen Gedichte immer als der Ausfluß mehr weniger ausgeprägter manischer Zustände bei ihr aufzufassen; es ist ja eine bekannte Erscheinung, daß manisch-depressiv Erkrankte z. Z. der Manie zu dichten anfangen.

Dementia praecox und Paranoia hallucinatoria chronica.[1])

Von

Dr. **G. Salz**, Primararzt.

Die große Mannigfaltigkeit der unter dem Namen Dementia praecox vereinigten Krankheitbilder rief von vornherein bei nicht wenigen Autoren lebhaften Widerspruch gegen diese zu viel umfassende Gruppierung hervor, und in den letzten Jahren mehrten sich die Stimmen, die die Notwendigkeit einer Abtrennung einzelner Krankheitgruppen von dem Gros der Fälle mit Entschiedenheit betonten. Besonders gegen die Gruppierung der Fälle von Par. hall. chron. zur Dem. pr. hatten sich manche mit Entschiedenheit gewehrt, und man sucht nun innerhalb der paranoiden Untergruppe der Dem. pr. nach Krankheitfällen, die durch besondere Merkmale hinsichtlich des Verlaufes und des Ausganges von dem gewöhnlichen Typus abstechen und so die Abtrennung einer kleineren Krankheitgruppe von der Dem. pr. rechtfertigen würden. Vor kurzem deutete *Alzheimer* darauf hin, daß man in der Art der schließlich resultierenden Demenz, also im Ausgange, vielleicht das charakteristische Merkmal finden könnte. Auch *Kraepelin* selbst verschließt sich übrigens nicht der Notwendigkeit, bestimmte Krankheitgruppen von der Dem. pr. loszulösen und ihnen eine selbständige klinische Existenzberechtigung anzuerkennen. In der letzten Auflage seines Lehrbuches (allg. Teil) spricht er von „chronisch-halluzinatorischen Zuständen ohne wesentliche Verblödung, deren Einordnung in eine der genannten Gruppen nicht tunlich erscheint, so daß hier die Möglichkeit der Abgrenzung neuer Krankheiten nicht geleugnet werden kann". Ich habe, um zu dieser Frage selbständig Stellung nehmen zu können, alle mir zur Verfügung stehenden Fälle von Dem. pr. und alle Fälle mit chronischen Halluzinationen

[1]) Aus der Frauenabteilung der städtischen Irrenanstalt — Frenocomio civico — in Triest (Direktor Dr. *Canestrini*).



und Wahnbildung, bei denen eine alkoholische Genese ausgeschlossen war, nach ätiologischen Gesichtspunkten, nach Art des Beginns, des Verlaufes und nach der Ausgangform genau untersucht und will im folgenden die Resultate, die in mancher Hinsicht nicht Uninteressantes bieten, wiedergeben und besprechen. Freilich lag in meinem Material, das der Frauenabteilung der Triester städtischen Irrenanstalt entnommen ist und alle Fälle berücksichtigt, die im verflossenen Januar verpflegt wurden, eine Fehlerquelle, indem es sich nur auf jene Fälle beschränkt, die eben anstaltbedürftig waren; ich wollte, da es mir ja hauptsächlich um den Endzustand zu tun war, nicht jene Fälle mitberücksichtigen, die früher in der Anstalt gewesen und dann entlassen worden waren, und von denen man über den Endzustand meist nur unvollkommene Nachrichten bekommen kann; unter diesen Fällen dürfte man freilich viele Fälle mit leichterem Ausgang finden. Alle meine Fälle habe ich selbst nachuntersucht, die anamnestischen Daten, die vor Jahren bei der Aufnahme gegeben worden waren, wieder aufgefrischt und dabei in vielen Fällen, namentlich in bezug auf die belastenden Momente, manche wichtige Änderung vornehmen müssen; fast alle Fälle sind schon durch viele Jahre in Anstaltbehandlung, und ich selbst habe die meisten durch einige Jahre fortwährend unter meinen Augen gehabt. So glaube ich denn, daß mein Material, trotzdem es bloß die anstaltbedürftigen Fälle berücksichtigt, doch einen ernsten Beitrag zur Dem. pr.-Frage wird liefern können.

Im Januar 1910 wurden auf der Frauenabteilung 200 Kranke verpflegt; bei 88 lautete die Diagnose Dem. pr., wobei auch alle paranoiden Formen miteinbegriffen waren, also bei 44% sämtlicher Kranken; Paranoia im Sinne *Kraepelin*s war nur bei einer Kranken diagnostiziert = ½% des Krankenstandes. Die so auffallend hohe Prozentzahl der Dem. pr. erklärt sich damit, daß ganz akut, innerhalb 6 Wochen abblassende Krankheitbilder nicht in der Irrenanstalt, sondern auf der Beobachtungstation des allgemeinen Krankenhauses verpflegt und von dort nach Hause entlassen werden können; was nicht entlassen wird, kommt in die Irrenanstalt; es ist demnach verständlich, daß die langdauernden Demenzformen in der Anstalt beträchtlich überwiegen. Versuchen wir die 88 Fälle von Dem. pr. in die drei bekannten *Kraepelin*schen Untergruppen zu zerlegen,



so finden wir 20 Hebephrene, 31 Katatone und 37 an Dem. paranoides Erkrankte. In bezug auf die Dem. paranoides möchte ich aber schon von vornherein 2 Gruppen auseinander halten und mich diesbezüglich an die *Kraepelin*sche Definition halten: Zur Dem. paran., I. Gruppe, gehören jene Fälle wo von vornherein ganz unsinnige, zerfahrene, widerspruchvolle, abenteuerliche Wahnvorstellungen und Hall. auftreten, meist mit ganz unentsprechender affektiver Reaktion; zur II. Gruppe gehören die Krankheitfälle, wo Wahnideen und Hall. das Krankheitbild beherrschen, von den Kranken in mehr zusammenhängender Weise vorgetragen werden, die Wahnideen oft im Bereich des Möglichen sich bewegen, ebenso oft auch an das Abenteuerliche herantreten, und wo die Wahnideen durch längere Zeit beibehalten werden; zur II. Gruppe gehören demnach jene Fälle, die man früher als Par. hall. chr. bezeichnet hätte, und die von manchen Autoren noch heute so bezeichnet werden. Zur Dem. paran. I rechne ich 24 Fälle, zur Dem. paran. II 13. Ich erwähne, wie dies ja schon von mancher Seite betont wurde (*E. Meyer* u. a.) und wie übrigens ein jeder, der praktisch Psychiatrie betreibt, es schon aus eigener Erfahrung selbst weiß, daß die Gruppierung der Fälle von Dem. pr. in die 3 *Kraepelin*schen Untergruppen, so leicht sie in den ganz extremen Fällen ist, so schwierig bei einer erheblichen Zahl von Übergangfällen sich erweist, so daß ihr ein großer Wert nicht beizumessen ist, da es in einer Reihe von Fällen ganz von der Willkür des Untersuchenden abhängt, den Fall zur Hebephrenie oder Katatonie, oft auch zur Dem. paran. I zu zählen; *Kraepelin* sagt ja selbst, daß seine Gruppierung keinen Anspruch auf selbständigen klinischen Wert erhebt. Ich möchte daher die Fälle von Hebephrenie, Katatonie und Dem. paran. I. in eine Gruppe vereinigen und gemeinsam besprechen, umsomehr als ja die Zusammenfassung dieser Krankheitformen unter der Bezeichnung Dementia praecox wohl jetzt von den meisten Autoren angenommen ist, und sie bei den folgenden Auseinandersetzungen jenen entgegenhalten, die von manchen Autoren von der Dem. pr. noch immer abgetrennt und als Par. hall. chr. bezeichnet werden, also unserer Dem. paran. II Gruppe. — Zur ersten großen Gruppe würden 75 Krankheitfälle zu zählen sein (20 Hebephrenien, 31 Katatonien, 24 Dem. paranoides I) und alle diese Fälle wollen wir im folgenden als „Dementia praecox" bezeichnen, während wir die



zweite Gruppe, zu der 13 Krankheitfälle gehören, als „Dem. paran. II" ansprechen wollen.

Erkrankungsalter. Nächstfolgende Tabelle gibt das Alter an, in dem die Krankheit zum Ausbruch kam.

Jahre	Dem. praecox	Dem. paran. II	Summe beider Gruppen
8	1		1
9	1		1
12	1 } = 23,8		1
15	1		1
16—20	12		12
21—25	16 = 23,8 %	1	17
26—30	22 = 32,8 %	1	23
31—35	5	1	6
36—40	5	3	8
41—45	1	2	3
46—50	1	4	5
51—55	1	1	2
Unsicher	8		8
	75	13	88

Man sieht daraus, daß die größte Erkrankungzahl nicht in die Zeit der Pubertät fällt, sondern in den Zeitabschnitt zwischen 26—30 Jahre; in diesem Quinquennium erkranken mehr als ¼ aller Fälle. Auch *Urstein* ist zu einem ähnlichen Resultate gekommen; nach ihm fällt der Beginn des Leidens bei Frauen am häufigsten zwischen das 30. bis 32. Jahr. Vom 16. bis 30. Jahre erkranken die meisten u. zw. 50 Fälle = ⅔ aller Fälle von Dem. pr. Nach dem 30. Jahr wird Dem. pr. immer seltener, und wir sehen ein rasches progressives Abschwellen der Zahlen, das nur in den 40 er Jahren etwas aufgehalten wird; es handelt sich um die Fälle von 36. bis 40. Jahre; daß dabei das Klimakterium kaum eine Bedeutung hat, werde ich weiter unten darlegen. — Bei der zweiten Gruppe (Dem. paran. II) werden die Krankheitfälle erst nach dem 36. Jahre frequenter (76,9 % davon beginnen erst nach dem 36. Jahre) und erreichen in den fünfziger Jahren ihre größte Häufigkeit. Wichtig sind bei dieser Gruppe die Beziehungen des Krankheitbeginnes zur Klimax. In 8 von 12 Fällen fiel der Krankheitbeginn in die Zeit des Klimakteriums, also bei 66 % dieser Fälle. Daß eine Krankheitform, die ihre größte Häufigkeit in den 50 er Jahren hat, oft mit dem Eintreffen des Klimakteriums zusammenfallen wird,

ist nicht Wunder zu nehmen. Für uns ist aber von Bedeutung, ob überhaupt das Klimakterium bei der Entstehung der Krankheit eine Rolle spielt oder nicht. Der prozentuale Zusammenhang zwischen Krankheitbeginn und Rückbildungsalter legt wohl die Möglichkeit nahe, daß die Rückbildungsvorgänge des Organismus zur Zeit des Klimakteriums eine gewisse Rolle bei der Genese dieser Krankheit spielen. Anderseits sehen wir dieselbe Krankheitform manchmal auch ganz unabhängig vom Klimakterium eintreten, so daß man das Klimakterium wohl nur als auslösendes Moment ansprechen kann. Interessant ist es nun, daß bei dieser Gruppe die Zahl der Witwen, die herben Schicksalschlägen oft so ausgesetzt sind, verhältnismäßig groß ist (4, und eine Frau, die vom Manne verlassen war; also 5 unter 13), und daß von den verheirateten Frauen 2 direkt den steten Streit und Zank mit dem Mann und die Sorge um die Erhaltung der großen Familie als Krankheitursache angaben. Bei dieser Gruppe knüpfte der Krankheitbeginn sehr oft an chronische negative Gemütserregungen an, wie sie der Kampf ums Dasein mit sich bringt (s. u.). Aus alledem geht wohl hervor, daß der Einfluß des Klimakteriums kein sehr großer sein wird, da sich die Schädlichkeiten gleichsam summieren müssen, um die Krankheit zur Auslösung zu bringen. *Ziehen* erwähnt, daß Par. hall. chr. (das ist eben diese Gruppe) bei Witwen auffallend häufig ist, und daß bei der Auslösung der Krankheit unter den Affekten die Sorgen und der Ärger im Kampfe ums Dasein ganz vornehmlich in Betracht kommen.

Die 3 Fälle, die in der Kindheit zur Entwicklung kamen, waren durchwegs Katatonien, die einen schubweisen, durch erhebliche Besserungen unterbrochenen Verlauf nahmen und erst nach mehrjähriger Krankheitdauer zum Endzustand führten; sie wiesen geringe Belastung auf, trotzdem handelte es sich um invalide Gehirne, denn 2 waren von Haus aus beschränkt, im 3. Fall bestanden Fraisen bis zum 5. Jahr. Doch ist die Zahl der Fälle zu gering, um daraus allgemein giltige Schlüsse ziehen zu können.

Bei den nach dem 36. Jahre einsetzenden Fällen der I. Gruppe (Spätkatatonien) handelt es sich nicht immer um Katatonien nach der Definition *Kraepelins*, sondern um alle 3 Zustandbilder der Dem. pr., wobei aber immer, wenigstens vorübergehend, einzelne katatonische Symptome nachweisbar sind. Es bilden diese Fälle ungefähr



12 % sämtlicher Dem. pr. Fälle. Eine unverbrüchliche Beziehung zwischen Klimax und Krankheitbeginn ist nicht nachzuweisen, wenn wir alle diese Fälle berücksichtigen; dagegen trifft der Krankheitbeginn mit dem Aussetzen der Menses eher zusammen, wenn wir als Spätkatatonien bloß die Fälle ansehen, die nach dem 40. Jahre einsetzen. — Die Bedeutung der Belastung tritt etwas zurück gegenüber dem Gros der Fälle von Dem. pr., während exogene Momente in der Ätiologie eine größere Rolle spielen, als wir es gewöhnlich bei der Dem. pr. finden (s. u.). Der Beginn ist meist chronisch. Daß eine klinische Besonderheit diesen Fällen nicht zukommt, geht schon daraus hervor, daß wir bei den Verwandten der Kranken dieselbe Krankheitform in anderem Alter zum Ausbruch kommen sehen. Relativ häufig findet sich Komplikation mit Arteriosklerose, die aber erst später hinzugekommen sein kann, da sich die Angaben darüber auf den jetzigen Zustand beziehen und nicht auf den Zeitpunkt bei Beginn der Erkrankung; können wir ihr deswegen keine erhebliche Bedeutung im Krankheitbild beimessen, so muß doch erwähnt werden, daß sie gerade in den Fällen häufiger ist, die zum schweren Ausgange geführt haben. — Nur einmal finden wir noch nach 12 Jahren einen leichten Ausgang, während in 62,5 % der Fälle schon nach wenigen Monaten, aber höchstens nach 1—2 Jahren der Endzustand erreicht wird; bei der Dem. pr. finden wir ganz allgemein den schweren Endzustand bei 58,6 % aller Fälle; es haben daher diese Fälle vielleicht eine etwas ungünstigere Prognose als alle Fälle von Dem. pr. zusammengenommen.

Art des Krankheitbeginnes. Der Beginn war

	Dem. pr.	Dem. paran. II
akut (wo die Krankheiterscheinungen ganz plötzlich oder im Verlauf von wenigen Tagen zur Krankheithöhe anschwollen)	14 = 20,8%	1
subakut (wenn die Krankheit im Verlaufe von 3—4 Wochen einsetzte)	13 = 19,4%	—
chronisch (bei ganz langsamem und schleichendem Beginn, meist durch mehrere Monate oder noch länger sich hinziehend)	40 = 59,8%	11
unbekannt	8	1

Bei der II. Gruppe ist der Beginn fast immer ein chronischer, bei der ersten Gruppe dagegen in je $^1/_5$ der Fälle akut bzw. subakut und in $^3/_5$ der Fälle chronisch. Dementsprechend finden wir, daß bei der ersten Gruppe im ersten Monate der Erkrankung $^1/_4$ der Fälle eingeliefert werden, in den ersten 6 Monaten schon über die Hälfte der Kranken in Anstaltbehandlung sich befindet und nach dem 1. Jahre nur noch das letzte Viertel in häuslicher Pflege verbleibt und dann erst in die Anstalt überführt wird; bei der II. Gruppe wurden dagegen $^3/_4$ der Fälle erst nach dem 1. Jahre eingeliefert.

Bekanntlich fand *Pilcz*, daß unter den männlichen Geisteskranken die Juden mehr als 3 Mal so häufig an Dem. pr. erkranken als die Deutschen, und er hebt hervor, daß bei Juden wegen ihrer Vorliebe zu Verwandtschaftsheiraten jene Störungen in den Vordergrund treten, die wir auf erbliche Entartung zurückzuführen pflegen. Bei meinem Material finde ich 5 Israelitinnen unter den 75 Kranken der I. Gruppe (= 6,7 %), keine bei der II. Gruppe. Die genannte Prozentzahl ist jedenfalls ziemlich erheblich und unverhältnismäßig hoch im Vergleich zum Prozentsatz der Israeliten innerhalb der Bevölkerungzahl der Stadt.

Heredität. Ich habe in allen Fällen die ursprünglichen Angaben über die belastenden Verhältnisse revidiert und konnte dabei öfters die interessante Tatsache feststellen, daß Fälle, bei denen vor 10 und mehr Jahren keine Belastung nachweisbar war, sich jetzt als schwer belastet erwiesen, indem im Laufe der Zeit bei den Geschwistern oder bei anderen Angehörigen Geisteskrankheiten zum Ausbruch gekommen waren. Es erheischen meine Angaben über die hereditären Momente, da sie sorgfältig nachgeprüft wurden, eine ernste Würdigung, was ich ganz speziell hervorheben möchte, da die Autoren ja sonst meist gerade in bezug auf die belastenden Verhältnisse bekennen müßen, daß die Angaben unvollständig und nicht ganz sicher sind.

Ungenau und daher nicht verwertbar waren die Angaben bei 17 Kranken der I. Gruppe und bei 2 Kranken der II. Gruppe. Ich rechne dazu die Fälle, in denen die Person, welche die Anamnese gab, unvollkommen informiert war, wie Ehemänner, die nichts von der Verwandtschaft ihrer Frau wußten; Kinder, die über die Aszendenz der Eltern mangelhaft unterrichtet waren. Es kommen somit für die I. Gruppe (Dem. pr.) 58 Fälle, für die II. (Dem. paran. II) 11 Fälle in Betracht.

Vor allem fällt das erhebliche Überwiegen der Zahl der Belasteten der ersten Gruppe im Vergleich zur II. Gruppe auf.

Bei der I. Gruppe sind belastet (auch die leichteste Belastung miteingerechnet) 53 = 91,4 %; bei der II. Gruppe 7 = 63,8 %; bei der

I. Gruppe sind nicht belastet 5 = 8,6 %; bei der II. Gruppe 4 = 36,2 %.

Zweitens fällt auf, daß die Fälle der I. Gruppe meist sehr schwer belastet sind; in fast 30 % der Fälle findet man Geisteskrankheiten bei den Eltern, meist kombiniert mit anderen Erblichkeitfaktoren (hauptsächlich Geisteskrankheiten, Epilepsie oder Idiotie bei Geschwistern oder den nächsten Angehörigen); ja in ¼ der Fälle konnte man mit Sicherheit gleichartige Belastung nachweisen, indem dieselbe Krankheitform bei den Eltern, Geschwistern oder deren nächsten Angehörigen sich vorfand; sicher ist diese Zahl noch zu tief gegriffen, weil oft nur von Geisteskrankheiten im allgemeinen die Rede war und auch in diesen Fällen es sich oft gerade um unsere Geistesstörung handeln konnte. Manisch-depressives Irresein und Paranoia fand ich unter den belastenden Geisteskrankheiten nicht vermerkt; damit will ich sie aber nicht ausschließen. Von manchen Autoren wurde ja die Ansicht geäußert, daß sich Dem. pr. und man.-depr. Irresein bei der Vererbung im allgemeinen ausschließen (*Pilcz*, *Sioli*, *Vorster* zit. nach *Förster*, *Berze*), wenn auch Ausnahmefälle publiziert sind. Auffallend häufig fand sich als belastendes Moment bei den Angehörigen Epilepsie und Idiotie, vielleicht auch deswegen, weil bei diesen Krankheiten die Diagnosestellung auch für den Laien leicht ist; anderseits könnte man bei Epilepsie der Verwandten an Fälle von Dem. pr. denken mit katatonen Anfällen und bei Idiotie der Verwandten an Dem. pr.-Fälle mit Beginn im frühesten Kindesalter. Jedenfalls ist es schwer, um nicht zu sagen unmöglich, aus den Angaben der Verwandten nach vielen Jahren diesbezüglich eine Diagnose zu stellen. Ich möchte nicht unerwähnt lassen, daß sich nach *Bratz* hereditäre Epilepsie und Dem. pr. bei der Vererbung gegenseitig ausschließen. — Bei der II. Gruppe findet sich Belastung durch Geisteskrankheit der Eltern neben anderen belastenden Momenten 2 Mal vor (18,1 %), während gleichartige Belastung in keinem Fall mit Sicherheit festgestellt werden konnte. Wie schwer die Belastung bei den Fällen der I. Gruppe ist, geht auch daraus hervor, daß nur ¼ der Fälle (16 = 27,5 %) durch ein einziges Moment belastet sind, während in fast ¾ der Fälle (bei 37 Kranken) mehrere Momente belastend wirken; im Durchschnitt erscheint jede Kranke durch 2,2 Erblichkeitfaktoren belastet. Die Erblichkeitfaktoren (die jeden einzelnen Fall belastenden kranken Familienmitglieder) sind nämlich bei der I. Gruppe 117: es entfallen somit auf jede belastete Kranke 2,2 Erblichkeitfaktoren; bei der II. Gruppe 11: es entfallen somit auf jede belastete Kranke 1,5 Erblichkeitfaktoren. Nach *Wolfsohn* kamen auf jeden belasteten Fall von Dem. pr. 2,3 Erblichkeitfaktoren.

Belastung durch Geisteskrankheiten, Epilepsie oder Idiotie (bei den Eltern und anderen Angehörigen) fand ich bei 42 Kranken (= 72,4 %), also in fast ¾ sämtlicher Fälle der I. Gruppe, bei denen sichere Angaben über Belastung zu erhalten waren. Bei der II. Gruppe dagegen finden

wir Belastung durch Geisteskrankheiten, Epilepsie oder Idiotie bei 5 Kranken (= 45,3 %), also nicht ganz die Hälfte der zur Untersuchung gelangten Fälle. — Belastung durch Alkoholismus des Vaters als einziges belastendes Moment lag in 4 Fällen der I. Gruppe und in 1 Fall der II. Gruppe vor. Bei der I. Gruppe wirkte Tabes des Vaters 1 mal, Paralyse des Vaters 2 mal belastend, allemal in Verbindung mit anderen Momenten, also bei 5,1 % der Fälle. Nach *Pilcz* findet man bei den nicht katatonen Formen der Dem. pr. in der Aszendenz nicht selten Paralyse und Tabes; bei uns ist die Prozentzahl sicherlich sehr niedrig. Die belastende Wirkung liegt jedenfalls in der voraufgegangenen Lues des Vaters, die eine Keimschädigung bedingt (*Hirschl*).

Belastung als einziges ätiologisches Moment findet sich in 33 Fällen unter 58 der I. Gruppe (= 56,8 %), in 3 unter 11 Fällen der II. Gruppe (= 27,2 %).

Um die Sache übersichtlich darzustellen, habe ich die Fälle je nach der Schwere der Belastung in nicht belastete, leicht, mittelschwer und schwer belastete eingeteilt. Als „schwer belastet" bezeichne ich die Fälle, wo Geistesstörung, Epilepsie oder höhergradiger Schwachsinn bei den Eltern oder mehr als einem Mitglied der Seitenlinie vorkam, wo also mehrere schwerere Erblichkeitfaktoren in der Seitenlinie vorhanden waren. „Mittelschwer" belastet sind die Fälle, wo in der Seitenlinie Geistesstörung, Epilepsie, hochgradiger Schwachsinn bestand oder Alkoholismus des Vaters nachgewiesen war. Kamen aber neben Potus des Vaters andere Erblichkeitfaktoren hinzu (meist Epilepsie oder Geistesstörung bei den Geschwistern der Kranken oder des Vaters), so wurde der Fall zu den schwer belasteten gerechnet. „Leicht" belastet sind die Fälle, wo absonderliche Charaktere, unmotivierte Selbstmorde, Taubstummheit, Beschränktheit, Hysterie als belastendes Moment in Betracht kamen bei den Eltern oder in der Seitenlinie; auch wenn mehrere solche leichtere Erblichkeitfaktoren bei verschiedenen Familienmitgliedern zusammentrafen, wurde der Fall zu den leicht belasteten gerechnet.

Wir finden nun

	Dem. pr.	Dem. paran. II
Nicht belastet	5 = 8,6 %	4 = 36,3 %
Leicht belastet	6 = 10,2 %	1 = 9 %
Mittelschwer belastet ..	14 = 24,1 %	3 = 27,3 %
Schwer belastet	33 = 56,9 %	3 = 27,3 %
	58	11

Bei der I. Gruppe sind also mehr als die Hälfte der Fälle schwer belastet, bei der II. etwas mehr als ¼. Mittelschwer und schwer belastet sind bei der I. Gruppe 81 %, bei der II. Gruppe 54 %.

Was das Verhältnis zwischen Krankheitform und Schwere der Belastung bei der I. Gruppe anbetrifft, so gibt folgende Tabelle darüber Aufschluß:



	Hebephrenie	Katatonie	Dem. paran. I
Unsichere Angaben ...	5	4	8
Nicht belastet	—	5 = 18,5 %	—
Leicht belastet	2 = 13,4 %	2 = 7,4 %	2 = 12,4 %
Mittelschwer belastet .	5 = 33,3 %	7 = 25,9 %	2 = 12,4 %
Schwer belastet	8 = 53,3 %	13 = 48,1 %	12 = 75,2 %
	20	31	24

Daraus geht hervor, daß die nicht belasteten Fälle durchwegs Katatonien sind, und das Zusammentreffen bei 3 von diesen 5 Fällen mit den Vorgängen des Puerperiums würde für eine exogene Genese vielleicht toxischer Natur sprechen (s. u.); diese Fälle sind auch durch den ganz akuten Beginn und den sehr rasch zum Endausgang führenden Verlauf ausgezeichnet, und man wird vielleicht diese Fälle über kurz oder lang von den auf konstitutioneller Grundlage sich entwickelnden Dem. pr.-Fällen abtrennen müssen. Am häufigsten findet sich schwere Belastung bei den paranoiden Formen I, dann bei den hebephrenen und zuletzt bei den katatonen Formen. Auch *Kraepelin* und *Lomer* fanden bei den paranoiden Formen häufiger Belastung als bei den hebephrenen. Nimmt man die mittelschwer und schwer belasteten Fälle zusammen, so findet man Belastung fast gleich häufig bei der paranoiden und hebephrenen Form, seltener (wenn auch häufig genug) bei der katatonen Form. *Wolfsohn* glaubt, daß die Heredität im allgemeinen die Formen der Krankheit gar nicht oder doch nur ganz unwesentlich beeinflußt.

Sehen wir uns die gar nicht belasteten Fälle der I. Gruppe an, so finden wir, daß von 5 Fällen 3 mal das Leiden mit dem Fortpflanzungsgeschäft in nahe Beziehung zu bringen ist; 1 mal setzte die Erkrankung in der letzten Periode der Schwangerschaft ein, 1 mal wenige Tage nach der 3. Geburt, 1 Mal nach der 1. Entbindung während des Stillens (s. u.). In 4 von den 5 Fällen war der Beginn akut oder subakut, in einem chronisch; 2 mal handelte es sich um reine Katatonien, aber auch in den anderen 3 Fällen beherrschten wenigstens vorübergehend katatone Symptome das Krankheitbild. Der Ausgang war ein ungünstiger, indem schon nach wenigen Monaten bis zu 2 Jahren in 4 Fällen der Endausgang eintrat; im 5. Fall, der erst 1 Jahr dauert, handelt es sich um eine Katat. stupor. In 1 Fall wurde Arteriosklerose der Radialis konstatiert. Andere ätiologische Faktoren lagen in diesen 5 Fällen nicht vor. Das Fehlen jeglicher Belastung wäre demnach in prognostisch ungünstigem Sinne zu verwerten. Es scheinen hier exogene Momente (vielleicht Intoxikationsvorgänge; Zusammenhang mit dem Puerperium!) eine große Rolle zu spielen, und ich lasse es dahingestellt, ob diese Fälle nicht eine Sonderstellung beanspruchen, ob da nicht eine Krankheitgruppe abzutrennen wäre.

Ganz verschieden ist das Verhalten der 4 nicht belasteten Fälle der II. Gruppe. Hier waren in allen Fällen chronische Affektschädigungen als Krankheitursache angegeben, 3 von den 4 Frauen waren verwitwet;



2 standen im Klimakterium. Der Krankheitbeginn und Verlauf war äußerst chronisch, ein Endzustand wurde trotz mehrjähriger Krankheitdauer nicht erreicht.

Was die Begabung vor dem Krankheitausbruch anbetrifft, so fehlten Angaben darüber bei 18 Kranken der I. und bei 2 der II. Gruppe. Wir finden Beschränktheit oder Debilität bei 16 Kranken der I. Gruppe (= 28 %), und bei 2 der II. Gruppe (= 18,1 %). *Ziveri* fand bei Dem. pr. eine noch größere Zahl, nämlich 31 %. Es ist dies auch ein Anzeichen, wie häufig sich die Krankheit (namentlich die I. Gruppe) bei invalidem Gehirne entwickelt. Fälle mit angeborenem höhergradigen Schwachsinn wurden bei der Untersuchung nicht mit einbezogen. Außerordentlich glänzende Begabung fand ich bei keinem Falle vermerkt.

Sonderbares Temperament (Eigensinn, große Reizbarkeit, Verschlossenheit, Affektlosigkeit, Unlenksamkeit u. a.) findet man bei der I. Gruppe 8 mal = in 14 % der Fälle, bei der II. Gruppe (exzentrisches Gebahren, Aberglaube, Argwohn, Unbeständigkeit) 3 mal = 27,2 %. Diese relativ hohe Prozentzahl bei der II. Gruppe ist nicht unbedeutsam, da es ja von vornherein einleuchten muß, wie bei solchem Temperamente der Entstehung von Wahnideen Vorschub geleistet wird, namentlich wenn negative Affektstöße durch längere Zeit auf ein solches Gemüt einwirken.

Negative Affekterregungen fanden sich in 18,6 % der Fälle der I. Gruppe, in 61,5 % bei der II. Gruppe. Dieser auffallend hohe Prozentsatz bei der II. Gruppe läßt der Vermutung Raum, daß sie in der Ätiologie der Krankheit eine gewisse Rolle spielen, indem sie der Entstehung von Wahnideen Vorschub leisten.

Alkoholmißbrauch spielte in keinem Falle in der Ätiologie eine nennenswerte Rolle; die Fälle mit chron. Halluzinationen und Wahnbildung, die bei chron. Alkoholisten auftreten, haben wir eben ausgeschieden (halluzin. Schwachsinn der Gewohnheitstrinker). Eine Frau, die früher solide gelebt hatte, ergab sich nach dem ersten Krankheitschub, während der Remission, dem Trunke. *Evensen* fand, daß 12,6 % aller untersuchten Dem. pr.-Fälle dem Trunke ergeben waren; doch leugnen die meisten Autoren und auch *Kraepelin*, daß der Alkoholmißbrauch eine ätiologische Bedeutung habe. Bei uns handelt es sich um Frauen, und so wird auch das vollkommene Fehlen von Trinkern in meinem Material verständlich.

Neben den 3 Fällen, wo bei den Eltern eine metaluische Erkrankung nachgewiesen war (s. S. 452), finden wir noch 3 Zälle, wo die an Dem. pr. erkrankte Frau selbst Lues durchgemacht hatte (davon wurde eine in der Remission nach dem 1. Anfall angesteckt); die Lues lag in den 2 anderen Fällen weit zurück; ein Erkranken im Sekundärstadium (Beobachtungen von *Hirschl* und *Wagner-Jauregg*) fand nie statt. *Roubinowitch* und *Levaditi*, welche bei 15 Fällen von Dem. pr. das Serum und die Zerebro-



spinalflüssigkeit nach der *Wassermann*'schen biologischen Methode untersucht hatten, kamen zum Schluß, daß die Lues in der Ätiologie der Dem. pr. keine Rolle spiele; wo Lues vorkommt, handelt es sich um eine zufällige Komplikation. Auf Grundlage meines Materials möchte ich mich diesen Anschauungen anschließen.

Wir wollen gesondert jene Fälle betrachten, in denen der Ausbruch der Erkrankung mit den Vorgängen des Fortpflanzungsgeschäftes in Beziehung zu bringen war. Es handelt sich im ganzen um 8 Fälle unter 75 der I. Gruppe (= 10,6 %) und um 1 Fall der II. Gruppe. Von jenen 8 Fällen waren 3 gar nicht, 2 mittelschwer, 3 schwer belastet. Eine verhältnismäßig hohe Prozentzahl (37,6 %) wiesen also gar keine Belastung und auch sonst kein anderes ätiologisches Moment auf.

Es bestand eine gewisse, aber nicht außerordentlich häufige Bevorzugung der Erstgebärenden. Der Beginn war am häufigsten subakut oder akut; meist herrschte ein katat. Symptomenkomplex vor, und die meisten Fälle verliefen schlecht, indem in 3/4 der Fälle in wenigen Monaten bis längstens in 2 Jahren der Endzustand erreicht wurde und in den übrigen Fällen nach einigen Jahren Schwachsinn mit Sprachverwirrtheit bestand. Bei schon bestehender Krankheit kann das Fortpflanzungsgeschäft die Krankheit ungünstig beeinflussen und den Krankheitverlauf beschleunigen, weshalb solche Frauen in der Remission vor neuen Schwangerschaften absehen müßten.

In einzelnen Fällen wirkt das Fortpflanzungsgeschäft bei der Genese der Krankheit bloß als auslösendes Moment bei schon bestehender Disposition, wenn wir dieselbe Erkrankung auch bei anderen Familienmitgliedern auftreten sehen ohne jede Beziehung zu den Vorgängen des Fortpflanzungsgeschäftes. Anderseits müssen wir aber annehmen, daß in einer Reihe von Fällen das Fortpflanzungsgeschäft eine ganz erhebliche Rolle in der Ätiologie der Krankheit spielt, wenn die Krankheit bei Nichtbelasteten auftritt, das Fortpflanzungsgeschäft dabei das einzige ätiologische Moment abgiebt und sich gerade diese Fälle durch den meist akuten oder wenigstens subakuten Beginn, das Vorherrschen katat. Symptomenkomplexe und den exquisit schlimmen Verlauf auszeichnen; man muß da wohl erwägen, ob diese Fälle nicht eine besondere Gruppierung erheischen; doch können nur weitere, auf breiterer Basis angelegte Untersuchungen die Entscheidung bringen. Auch *Raecke* fand, daß jene Fälle, wo das Leiden sich direkt an ein Wochenbett angeschlossen hatte, durchwegs ungünstig verliefen. *Kraepelin*, der auf die innigen Beziehungen zwischen Wochenbett und Katatonie hinweist, findet es einstweilen nicht berechtigt, diese Fälle als klinische Gruppe mit besonderer Verursachung abzugrenzen, da sich die Katatonie des Wochenbettes gar nicht von den anderen Formen unterscheidet.

Aus alledem, was wir bis jetzt über die ätiologischen Verhältnisse der Dem. pr. ausgeführt haben, kann es wohl kaum einem Zweifel



unterliegen, daß wir es mit einer Krankheit zu tun haben, die sich auf konstitutionell degenerativer Grundlage entwickelt — mag dabei auch ein autotoxischer Prozeß auslösend wirken; bewiesen ist aber diese letzte Hypothese noch nicht. Wir haben gesehen, daß bei der Dem. pr. (unsere I. Gruppe) die Belastung schwer und außerordentlich häufig ist, daß in mehr als der Hälfte der Fälle die Belastung überhaupt das einzige ätiologische Moment darstellt und die Krankheit oft ohne jede auslösende Ursache ausbricht; wir haben auf die Häufigkeit der gleichartigen Belastung hingewiesen, die manchmal die Krankheit geradezu familiär erscheinen läßt. Wir wissen ferner, daß die Krankheit in einer Reihe von Fällen bei von vornherein invalidem Gehirne ausbricht, wo die Begabung eine mangelhafte war oder leichter Schwachsinn bestand, ferner bei Leuten mit absonderlichem Temperamente; auch die relativ große Häufigkeit der Erkrankung bei Juden spricht für den endogenen Charakter derselben. Eine weitere Stütze erhält die Annahme der degenerativen Grundlage der Dem. pr. durch die große Häufigkeit der Degenerationzeichen bei Dem. pr.; ich habe die Resultate meiner diesbezüglichen Untersuchungen in einer anderen Arbeit niedergelegt: bei 50 Dem. pr. Kranken und 50 Wärtern ergab sich, daß die Degenerationzeichen bei den Kranken doppelt so häufig waren als bei den Wärtern, und daß die Kranken die schwereren Degenerationzeichen darboten.

Wir haben aber auch gesehen, daß eine geringe Prozentzahl von Fällen der ersten Gruppe (8,6%) nicht belastet ist, und daß die Fälle der II. Gruppe durchwegs eine geringere Belastung aufweisen. Bei dieser letzten Gruppe finden wir immerhin mehr als die Hälfte der Fälle mittelschwer und schwer belastet, aber die Zahl der Nichtbelasteten ist hier doch auffallend hoch (36,2 %). Hier treten exogene Momente bei der Entstehung stärker in den Vordergrund und negative Gemütserregungen finden wir in 61,5 % der Fälle, dabei gar nicht selten als einzige Ursache bei fehlender Belastung; anderseits beobachten wir bei dieser Gruppe als Ausdruck der Vulnerabilität des Gehirnes noch häufiger als bei der I. Gruppe sonderbare Temperamente. Es scheinen hier chronische Affektstöße, speziell bei vulnerablem Gehirne, die Vorbedingung für die Entstehung der Krankheit abzugeben. Es scheint überhaupt bei den spät zum Ausbruch kommenden Erkrankungen, auch der I. Gruppe, die Schwere und Häufigkeit



der Belastung etwas zurückzutreten gegenüber dem Gros der Fälle.

Wichtig sind aber die nicht belasteten Fälle der I. Gruppe, weil in der Mehrzahl derselben als einzige Ursache das Fortpflanzungsgeschäft auftritt und sich diese Fälle durch akutes oder wenigstens subakutes Einsetzen, rasches Fortschreiten unter katatonischen Zustandbildern bis zur völligen Verblödung, die in kurzer Zeit erreicht wird, auszeichnen. Diese Fälle stechen so sehr durch ihre Ätiologie von dem Gros der Fälle der I. Gruppe ab, daß man sich fragen muß, ob es sich da nicht vielmehr um eine Intoxikationspsychose in inniger Beziehung mit den Vorgängen des Puerperiums handelt. Zweifellos gibt es unter den Fällen, die jetzt als Dem. pr. mitschwimmen, solche, die einer konstitutionell degenerativen Grundlage entbehren; ich glaube aber, daß diese Fälle über kurz oder lang eine Sonderstellung werden erhalten müßen. *Régis* tritt entschieden ein für die Abtrennung der Fälle, die bei Nichtbelasteten auftreten, deutliche katat. Symptome zeigen und toxischer Genese sind, von der Krankheitgruppe der Dem. pr. Ich weise auf die Bedeutung der konstitutionell degenerativen Grundlage der Dem. pr. (unsere I. Gruppe) nachdrücklichst hin, weil *Kraepelin* auch in der neuesten Auflage seines Lehrbuches (I. Teil) unter jenen Krankheitformen, bei deren Entstehung die krankhafte Veranlagung in den Vordergrund tritt, die Paranoia, das man.-depr. Irresein und die Hysterie anführt, nicht aber die Dem. pr., obwohl er fast dieselben Momente, die er beim man.-depr. Irresein als Beweis für die endogene Natur des Krankheitvorganges anführt, auch bei der Dem. pr. erwähnt: Erbliche Belastung in 70 % der Fälle bei der Dem. pr., in 80 % beim man.-depr. Irresein (ich fand mittelschwere und schwere Belastung bei der I. Gruppe in 81 % der Fälle); gleichartige Belastung bei beiden Krankheitformen (*Berze* fand ganz besonders häufig das familiäre Auftreten von Psychosen, die der Dem. pr. zugerechnet werden können; alle anderen Psychosen, auch das man.-depr. Irresein, stehen in dieser Hinsicht weit zurück; es könnte vielleicht m. E. hier bloß eine absolute und nicht auch relative Häufigkeit vorliegen, da ja Dem. pr. in den Anstalten viel häufiger zu finden ist als das man.-depr. Irresein); die Entstehung ohne jeden Anlaß oder im Anschluß an wichtige physiologische Lebensphasen; Häufigkeit der körperlichen Entartungszeichen; Andeutungen eines leicht erreglichen



Gehirnes; auch die Neigung mehrfach wiederzukehren finden wir bei Dem. pr.; ich verweise auf die wiederholten Krankheitschübe, die durch langandauernde Remissionen unterbrochen sind (s. u.). *Volpi Ghirardini* führt als weiteres Argument an, daß sich bei Geschwistern Dem. pr. und gleichzeitig Psychosen, deren degenerative Grundlage allgemein anerkannt wird (man.-depr. Irresein) vorfinden. Ja nach *Tanzi* ist die Dem. pr. als die typischste Psychose endogener Genese anzusehen. Was aber *Kraepelin* davon abhält, in der krankhaften Veranlagung die Hauptursache der Dem. pr. zu erblicken, ist die organische Grundlage dieser Krankheit, der Umstand, daß es sich hiebei um greifbare Zerstörungen in der Hirnrinde handle. Selbst die schwerste krankhafte Veranlagung vermag nach *Kraepelin* einen derartigen Vorgang nicht zu erklären; und doch haben wir in der Neurologie, wie schon von anderer Seite betont wurde, Fingerzeige genug dafür, daß auch organische Erkrankungen eine konstitutionelle Grundlage haben, ja familiär auftreten können, indem es sich da um eine angeborene Minderwertigkeit bestimmter Nervenbahnen handelt wie bei der *Friedreich*schen Krankheit, bei der hereditär familiären Form der spastischen Spinalparalyse; diesbezüglich ist eine Beobachtung *Pellizzi*s sehr lehrreich, wo in einer Familie 3 Brüder an spastischer Spinalparalyse erkrankt waren und 2 davon das Symptomenbild der Dem. pr. darboten. Ähnlich können wir uns ja den Vorgang darstellen bei Dem. pr., wenn gleichartige Belastung oder gar familiäres Auftreten konstatiert wird. Wo aber die Belastung ganz im allgemeinen durch Keimschädigung (Alkohol, Lues) abgegeben wird, so wissen wir ja, daß diese toxischen Einflüsse schädigend auf das Gehirn der Nachkommen einwirken; wie sie in einem Falle Epilepsie oder Idiotie bei der Nachkommenschaft bedingen können (und gerade diese Formen finden sich häufig in den Familien von Dem. pr.-Kranken als Ausdruck der Keimschädigung vor), steht nichts der Annahme im Wege, daß sie in einem anderen Falle eine verminderte Vitalität oder, wenn man will, eine gesteigerte Vulnerabilität höherer Nervenbahnen bedingen, bei deren Zerfall klinisch das Bild der Dem. pr. auftritt. — Man mag dann annehmen, daß diese Bahnen infolge ihrer gesteigerten Vulnerabilität einem autotoxischen Agens gegenüber weniger widerstandfähig sich erweisen und zerfallen; bewiesen ist aber dieser letzte Zusammenhang bis jetzt noch nicht.



Ich hebe nun einige Punkte hinsichtlich des Verlaufs meiner Fälle hervor. Katatone Anfälle finden sich bei 4 % der Fälle der I. Gruppe; sie treten meist bei Schwerbelasteten auf; sie berechtigen nicht die Prognose ohne weiteres als besonders ungünstig zu stellen, indem der Endzustand in 2 Fällen nach mehreren Jahren und im 3. Fall überhaupt nicht erreicht wurde. Es handelte sich um Anfälle von Bewußtlosigkeit, die meist mit Krämpfen einhergingen.

In bezug auf die Remissionen im Krankheitverlauf gab es oftmals, auch nach mehrjähriger Krankheitdauer, kürzere oder längerdauernde Perioden, in denen die Krankheitsymptome weniger hervorstechend waren, so daß die Kranken aus der Anstalt in die häusliche Pflege übernommen werden konnten. Diese Fälle habe ich hier nicht mit berücksichtigt, sondern nur da von Remissionen gesprochen, wo tatsächlich eine ganz beträchtliche Besserung im Krankheitzustand sich vollzog, so daß die Kranken bei oberflächlicher Betrachtung den Eindruck einer geistig gesunden Person machten und für die Angehörigen auch als vollkommen genesen galten.

Remissionen fanden sich bei keinem Fall der II. Gruppe, dagegen in 12 % der Fälle der I. Gruppe, vorwiegend bei katatonen Krankheitformen; die Remission setzte meist schon im 1. Krankheitjahre ein, in vereinzelten Fällen jedoch auch noch nach mehrjähriger Krankheitdauer, und hielt ein Jahr und noch länger an (bis zu 10. 16, ja sogar 20 Jahren). In der Remission ließen sich fast immer Zeichen der überstandenen Krankheit nachweisen. Mehr als die Hälfte der Fälle verblödeten beim neuerlichen Anfall. In $^1/_3$ der Fälle war der Ausgang trotz mehrjähriger Krankheitdauer ein leichter, so daß das Auftreten von Remissionen bis zu einem gewissen Grade als prognostisch günstiges Zeichen aufgefaßt werden kann. Die Art des Krankheitbeginnes, das Alter zur Zeit der 1. Erkrankung, die Schwere der Belastung hat keinen Einfluß auf das Auftreten von Remissionen. Dagegen waren die Remissionen häufiger in jenen Fällen nachzuweisen, die manche depressive oder zirkuläre Symptome darboten; natürlich haben solche Fälle mit einer echten Manie oder Melancholie nichts zu tun, denn sie führen oft zu schwerer Verblödung. *Urstein* hat speziell darauf hingewiesen. —

In bezug auf den Ausgang unterscheiden wir 3 Arten: leicht, mittelschwer und schwer. Wir sprechen von leichtem Ausgang

dann, wenn die Kranken ruhig und besonnen sind, ordentlich Auskunft geben können, sich in der Anstalt geordnet benehmen und meist auch recht fleißige Arbeiterinnen sind. Schwere Ausgangformen sind jene, wo seit Jahren ein Meinungsaustausch mit den Kranken nicht möglich ist, stumpfe oder faselige Verblödung besteht, also der Endzustand erreicht ist; die Arbeitfähigkeit ist nur selten erhalten. Beim mittelschweren Ausgang handelt es sich um Zwischenformen; ein Meinungsaustausch ist schon schwerer möglich; die Kranken, die sich oft sonst geordnet benehmen, sind nicht selten abweisend; vorübergehend bestehen Aufregungzustände, der Gedankengang ist gelockert und zerfahren; die Arbeitfähigkeit bleibt oft erhalten.

Berücksichtigen wir zunächst die schweren Ausgangformen, so müssen wir uns zunächst fragen: bei wie vielen Fällen kam es zu einem Endzustand, und nach wie vielen Jahren wurde dieser erreicht? Der Endzustand wurde erreicht bei 44 Fällen der I. Gruppe (= 58,6%) und bei keinem Fall der II. Gruppe. Mein Material neigt zu pessimistischen Schlüssen, aber dieser Unterschied im Endausgang zwischen beiden Gruppen ist nicht gering einzuschätzen. *Kraepelin* unterscheidet zwischen faseliger und stumpfer Verblödung und meint, daß diese beiden Formen nicht ineinander übergehen, sondern bis an das Lebensende wesentlich unverändert fortbestehen. Gilt dies für manche Fälle, so kann man anderseits dem Satz nicht allgemeine Gültigkeit zuerkennen; es gibt Fälle, wo die Symptome schwanken, so daß man den Fall bald als stumpf, bald als faselig verblödet anzusprechen geneigt ist. — Die folgende Tabelle gibt darüber Aufschluß, nach wie langer Krankheitdauer der Endzustand erreicht wird; in 2 Fällen fehlten darüber sichere Angaben.

Im Laufe des 1. Jahres kam es zum Endzustand bei 18 Fällen = 42,8 %; des 2. Jahres bei 6 Fällen = 14,2 %; des 3.—5. Jahres bei 7 Fällen = 16,5 %; des 5.—10. Jahres bei 8 Fällen = 18,8 %; des 12. Jahres bei 1 Fall = 2,3 %; mit Remissionen im Krankheitverlauf im Laufe des 20. Jahres bei 1 Fall = 2,3 %; des 29. Jahres bei 1 Fall = 2,3 %.

Der Endzustand wurde in 58,6 % der Fälle der I. Gruppe und bei keinem der II. Gruppe erreicht. Der Endzustand wird in fast der Hälfte der Fälle, die dazu führen, im Laufe des 1. Jahres erreicht; relativ groß ist dabei die Zahl der Nichtbelasteten und der mit dem Fortpflanzungsgeschäft in Beziehung stehenden Fälle. Die Schwerbelasteten sind nicht diejenigen, die die größte Gefahr laufen, in den



Endzustand überzuführen, wie dies behauptet wurde (*Urstein*, *Aretini*, *Mattauschek*). Ja, man könnte fast das Gegenteil behaupten: daß die nicht belasteten Fälle die größte Gefahr laufen, in kürzester Zeit zu verblöden. Die akut einsetzenden Fälle führen relativ häufiger zum Endzustand als die chronisch beginnenden, während *E. Meyer* und *Mattauschek* den Eindruck hatten, daß akuter Beginn ein prognostisch günstiges Zeichen sei.

Ist nun die Beurteilung der Endzustände verhältnismäßig leicht, wenn man ein Material zur Verfügung hat, das durch Jahre und Jahrzehnte in der Irrenanstalt vorliegt, so ist es schwer, sich bezüglich der leichten und mittelschweren Ausgänge der I. Gruppe auszusprechen; man weiß nie, ob es dabei bleiben wird, und ob doch nicht zuletzt auch in diesen Fällen stumpfe oder faselige Verblödung als Endzustand sich ausbilden wird; ja, für viele Fälle müssen wir es wohl annehmen, denn die obige Tabelle belehrt uns, daß der Endausgang, wenn auch selten, so doch auch noch nach 10, 12, 20, ja 29 jähriger Krankheitdauer, zuweilen ganz rasch, sich ausbilden kann und zwar namentlich bei den Fällen, die langdauernde Remissionen gehabt hatten. Immerhin werden wir wohl von einem leichten bzw. mittelschweren Verlauf sprechen können, wenn wir sehen, daß nach 10 jähriger oder noch längerer Krankheitdauer der zur Zeit der Untersuchung resultierende Zustand einem leichten oder mittelschweren Ausgang entspricht; natürlich kann schließlich auch in diesen Fällen ein Endzustand sich entwickeln. Übersehen wir alle Fälle mit 10 jähriger und längerer Krankheitdauer, so finden wir:

Krankheitdauer	schwerer	mittelschwerer	leichter Ausgang	Summe
10—15 Jahre	9	2	5	16
16—20 „	1	2	1	4
21—25 „	2	2	1	5
26—30 „	2		1	3
über 30 „	7	2	1	10
	21	8	9	38

Von unseren 75 Fällen gibt es also 38 mit mehr als 10 jähriger Krankheitdauer (ungefähr die Hälfte). Unter diesen Fällen ist die Zahl der Fälle mit mittelschwerem und leichtem Ausgang ziemlich erheblich, und dies fällt umsomehr ins Gewicht, wenn wir die Zahl aller Fälle insgesamt mit schwerem, mittelschwerem und leichtem



Ausgang mit den hier gewonnenen Zahlen vergleichen; wir haben ohne Rücksicht auf die Krankheitdauer 43 mal schweren Ausgang, 21 mal mittelschweren und 9 mal leichten Ausgang verzeichnet; 2 mal war der Ausgang bei zu kurzer Krankheitdauer unentschieden. Es fallen also alle Fälle mit leichtem Ausgang in die Gruppe der mehr als 10 jährigen Erkrankungen. Wir hätten erwartet, daß unter den Fällen mit weniger als 10 jähriger Krankheitdauer die mittelschweren und leichten Fälle zahlreicher vertreten gewesen wären, und daß ihre Zahl bei längerer Krankheitdauer abgenommen hätte entsprechend dem Übergang in den Endzustand. Das trifft aber nicht zu; es geht auch aus einer oben angeführten Tabelle hervor, daß nur selten Fälle nach dem 10. Krankheitjahr in den Endzustand übertreten; es handelt sich dann gewöhnlich um Fälle, die nach einer Remission erkranken und wo eben die Remission mitzugezählt wird. Die meisten Fälle, die zum Endzustand führen, gelangen dazu innerhalb der ersten 10 Jahre, ja, fast die Hälfte schon innerhalb des 1. Jahres; eine Ausnahme machen nur vereinzelte Fälle und vornehmlich jene, wo eine längere Remission den Krankheitverlauf unterbrochen hatte.

Bei den Fällen, die nach mehr wie 10 jähriger Krankheitdauer einen leichten Ausgang genommen hatten, waren 3 mal beträchtliche Remissionen (bei 2 Hebephrenien und 1 Katatonie) vorangegangen, in den anderen 6 Fällen dauert die Krankheit ununterbrochen durch lange Jahre, in einem Fall schon über 30 Jahre an, ohne zu dem Endzustand zu führen; 4 Fälle davon haben paranoiden Typus, 2 hebephrenen Charakter. Es überwiegen also bei leichtem Ausgang die paranoiden Formen, während Katatonien verhältnismäßig selten sind. Es scheint in manchen Fällen der Krankheitvorgang von Haus aus ein leichter zu sein, indem der Ausgang (vielleicht definitiv) ein leichter bleibt, wenn auch im Laufe der Zeit der eine oder andere von diesen Fällen, in erster Linie diejenigen, wo die Krankheit durch Remissionen unterbrochen war, in den Endzustand übergehen mögen. Der Beginn war bei den Fällen mit leichtem Ausgang 2 mal akut, 1 mal subakut, 6 mal chronisch (also in $^2/_3$ der Fälle chronisch); es entspricht dies der Häufigkeit des akuten, subakuten und chronischen Beginnes bei allen Fällen überhaupt. Was das Erkrankungsalter anbelangt, so war es bei 1 Fall unsicher; mehr als $^3/_4$ erkrankten im Alter von 26—30 Jahren, wo ja die Häufigkeit des Krankheitbeginnes auch im allgemeinen



die größte ist; 1 Fall erkrankte mit 42 Jahren, so daß Beginn im Klimakterium einen leichten Verlauf nicht ausschließt, wenn auch die meisten in dieser Zeit einsetzenden Fälle ungünstig enden (s. o.). — 3 waren leicht (33,3 %), 2 mittelschwer (22,2 %), und 4 schwer belastet (44,4 %); bei allen Fällen insgesamt war das Verhältnis des nicht — zu den leicht, mittelschwer und schwer Belasteten 8,6 : 10,2 : 24,1 : 56,9. Hier haben wir also ein leichtes Vorherrschen der leichtbelasteten Fälle und ein Zurücktreten des Schwerbelasteten; allgemeine Schlüsse lassen sich hier wohl nicht ziehen.

Betrachten wir bei allen Fällen mit mehr als zehnjähriger Krankheitdauer die Beziehungen zwischen Schwere der Belastung und Krankheitausgang, so finden wir:

	leichter	mittelschwerer	schwerer Ausgang
Bei Nichtbelasteten			100 %
„ Leichtbelasteten	75 %		25 %
„ Mittelschwerbelasteten .	28,5 %	14,2 %	57 %
„ Schwerbelasteten ...	25 %	18,7 %	56,3 %

Die Bedeutung dieser Zahlen bei Nichtbelasteten ist schon oben gewürdigt worden. Es würde weiter hervorgehen, daß die Leichtbelasteten die größte Zahl der leichten Ausgänge haben, doch handelt es sich dabei um eine so beschränkte Zahl von Fällen, daß ein zufälliges Zusammentreffen sehr leicht möglich ist. Die Verhältniszahlen bei den mittelschwer und schwer Belasteten sind annähernd gleich; schon daraus ersieht man, daß die Schwere der Belastung kaum einen Einfluß auf den Ausgang der Krankheit hat. Daß die Prozentzahl der schweren Ausgänge erheblich ist, hängt mit der Art meines Materials zusammen, das eben die schweren Fälle vereint.

Inbezug auf die geistigen Fähigkeiten der Krankheitfälle, die nach 10 Jahren leichten Ausgang genommen haben, finden wir folgendes: Die Kranken sind besonnen, ordentlich, orientiert, geben geordnet Auskunft. Die Gedächtnisleistungen sind in einigen Fällen herabgesetzt, und zwar ist die Merkfähigkeit stärker geschädigt als die Erinnerungfähigkeit, in anderen dagegen ganz entsprechend. Einige Kranken hatten große Lücken für die Vorgänge in den Aufregungszuständen. Die Auffassung ist in einigen Fällen prompt, bei anderen verlangsamt, die Aufmerksamkeit herabgesetzt. Affekt für die Verwandten ist etwa in der Hälfte der Fälle sehr lebhaft, andere Kranke



sind gleichgiltiger geworden, ja manchmal besteht geradezu ein Haß gegen die Angehörigen, auch ohne durch Wahnvorstellungen motiviert zu sein. Viele Kranke leben einsam, zurückgezogen und beteiligen sich an dem gemeinsamen Leben auf der Abteilung nicht aus eigenem Antriebe, sondern nur, weil sie dazu angehalten werden, was um so leichter bei ihnen zu erzielen ist, da die meisten äußerst lenksame Frauen sind, entsprechend der Abstumpfung der Willensenergie, die wohl bei allen nachweisbar ist. Damit geht einher in allen Fällen eine gewisse Urteilschwäche, die sich nicht so sehr bei der Prüfung mit Beispielen kundgibt, aber dafür im praktischen Leben deutlich zutage tritt. Die Kranken sind oberflächlich, genügsam, mit allem zufrieden,; nur in einem Falle bestand eine größere Reizbarkeit; die meisten verlangen nicht einmal aus der Anstalt, obwohl sie sich anderseits nicht für krank halten. So behauptet eine Kranke, die schon 10 Jahre in der Anstalt ist, sie sei bloß aus Versehen des Kutschers hereingekommen, der sie vom Bahnhof in die Anstalt geführt habe anstatt in das Hotel, wie sie verlangt habe; es fehlt das Kausalitätsbedürfnis, „die Kranken kommen nicht auf die nächstliegenden Einwände". Bei einigen Kranken findet man einen eigentümlich kindisch-naiven Zug, es fehlt ihnen, auch wenn sie vernünftig sprechen, der tiefe Ernst, der dem Erwachsenen eigen ist. Bei allen sind die sozialen und intellektuellen Gefühlstöne abgestumpft, und das gibt sich bei den meisten Fällen kund in der Interesselosigkeit oder sogar Apathie, die sie allem entgegenbringen, was nicht in engster Beziehung mit ihrem Leben steht; diese Apathie findet man auch bei jenen Kranken, die den Angehörigen gegenüber sehr affektvoll sind. Am schönsten gibt sich dies kund bei der Prüfung nach den Tagesneuigkeiten, wobei betont werden muß, daß die Kranken Gelegenheit haben, in der Anstalt Zeitungen zu lesen, und daß manche Kranke (manisch-depressives Irresein) in dieser Hinsicht sehr wohl Bescheid wissen, so daß man wohl kaum den „Anstaltblödsinn" zur Erklärung eventueller Defekte herbeiziehen kann. Hier findet man nun, daß in der Hälfte der Fälle die Kranken nicht einmal die gröbsten Tagesneuigkeiten wissen und auch kein Interesse zeigen, sie zu erfahren. Dabei beschäftigen sich fast alle Kranken gern und arbeiten tüchtig im Rahmen ihrer Gewohnheiten und ihres Berufes. Wahnideen und Halluzinationen fehlten in der Hälfte der Fälle; die anderen haben ganz wunder-



liche, abenteuerliche, unsinnige Wahnvorstellungen, meist von Halluzinationen des Gehörs oder des Gemeingefühls begleitet; die Wahnideen beeinflussen das Handeln gar nicht; sie finden keinen affektiven Widerhall, und die Kranken beschränken sich darauf, bei Befragen die ganz widerspruchvollen, jeder Logik entbehrenden Wahnvorstellungen in der zerfahrensten Weise zu reproduzieren; oft wiederholen die Kranken ganz kritiklos, was sie gerade in dem Augenblick durch die Halluzinationen erfahren, mit großem Gleichmute, ohne es irgendwie aufzuarbeiten; dabei sind sie besonnen: man spricht da bekanntlich von Spaltung der Persönlichkeit. Tritt nun die Zerfahrenheit am deutlichsten hervor, wenn die Kranken von ihren Wahnvorstellungen sprechen, so findet man aber doch auch sonst, und zwar auch bei den Fällen ohne Wahnvorstellungen, meist einen leicht sprunghaften Gedankengang. Katatonische Züge (vorübergehend Mutismus, Negativismus) finden wir in mehreren Fällen angedeutet, aber nicht in allen; manieriertes, schrullenhaftes Benehmen wiesen mehrere Fälle auf. Die *Ebbinghaus*-Probe, bei der ein Kombinationsdefekt am ehesten aufgedeckt wird und die Zerfahrenheit des Gedankenganges am deutlichsten hervortritt, gelang in einigen Fällen gut, während in anderen die Zerfahrenheit klar zutage trat. Es wurde den Kranken eine kurze Geschichte zweimal vorerzählt und die Kranken aufgefordert, sie nachzuerzählen; über die Hälfte der Fälle erzählten die Geschichte ziemlich korrekt wieder, andere dagegen versagten gänzlich, obwohl ihnen die Geschichte mehrmals vorerzählt wurde und sie die einzelnen Phasen der Geschichte vollkommen begriffen; sie erfaßten aber nicht den Hauptkausalzusammenhang, wenn sie auch in der Reproduktion zunächst die einfache Kombination von Vorstellung zu Vorstellung trafen.

Als gemeinsame Symptome findet man also bei allen Fällen mit leichtem Ausgang:

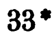
1. Abstumpfung der Willensenergie, wobei die Kranken im Rahmen ihrer Gewohnheiten noch Tüchtiges leisten können;

2. eine gewisse Urteilschwäche;

3. Abstumpfung der sozialen und intellektuellen Gefühlstöne, Abnahme des Interesses für die Außenwelt;

4. leicht sprunghafter Gedankengang;

Symptome, die sich häufig, aber durchaus nicht immer finden, sind:





1. Verlangsamung und Herabsetzung der Auffassung;
2. Verminderung der Aufmerksamkeit;
3. Abnahme der Gedächtnisleistungen, wobei die Merkfähigkeit stärker geschädigt ist als die Erinnerungfähigkeit;
4. Abstumpfung des Affektlebens;
5. kindisch-läppisches, maniriertes, schrullenhaftes Benehmen;
6. Andeutung katatonischer Züge;
7. zerfahrene, unsinnige Wahnideen ohne jede affektive Reaktion, verbunden mit Sinnestäuschungen; dabei sind die Kranken besonnen. Spaltung der Persönlichkeit.
8. Stärkere Störung der kombinatorischen Tätigkeit und Unvermögen, den Hauptkausalzusammenhang bei einer einfachen Erzählung aufzufassen.

Schlußsatz. Das Wesentliche bei diesen Defektzuständen können nur die Symptome sein, die allen Fällen zukommen: leichte Herabsetzung der Willens- und Urteilskraft, leichte Einbuße der altruistischen Gefühlstöne, leichtere schizophrene Assoziations- und Gemütstörungen, oder wenn man will, eine leichte Inkongruenz zwischen Verstandes-, Gemüts- und Willensleistungen (*Stransky*); man hat dies auch als intrapsychische Ataxie bezeichnet. (z B. die Kranken haben oft ein kindisches Gebahren, auch wenn sie ganz vernünftig sprechen, s. o.). Freilich kann man dabei weder von einer affektiven noch von einer intellektuellen „Verblödung" sprechen.

Bei den Fällen mit mittelschwerem Ausgang nach mehr als zehnjähriger Krankheitdauer, handelt es sich vorwiegend um paranoide Krankheitbilder. Das Benehmen der Kranken war im großen ganzen geordnet, nur ganz vorübergehend bestanden Aufregungzustände; die Orientierung war erhalten. In allen diesen Fällen war aber ein Meinungsaustausch mit den Kranken schwer möglich, einerseits infolge der Zerfahrenheit des Gedankenganges, die bei allen Kranken bestand, anderseits wegen des stärkeren Hervortretens katatonischer Züge, die ebenfalls in allen Fällen nachweisbar waren (Sperrung. Negativismus, Mutazismus, Neologismen, Manieren, Sprachverwirrtheit); einzelne Kranke waren sehr reizbar und ganz abweisend. Bei allen bestand eine erhebliche Urteilschwäche; von Tagesneuig-

keiten wußten sie nichts. Die *Ebbinghaus*-Probe sowie Nacherzählen einer Geschichte wurde bei den Kranken versucht, aber ohne Erfolg zu erzielen: die Kranken waren unaufmerksam oder direkt abweisend, oder begriffen überhaupt nicht, was man von ihnen wollte. Die Gedächtnisleistungen waren in den meisten Fällen schlecht, in einzelnen überraschend gut, und ebenso das Affektleben, soweit es sich nämlich um das Wohl ihrer Angehörigen und die Freude über deren Besuch handelte; einzelne zeigten eine große Anhänglichkeit; freilich waren die meisten stumpf. Die Arbeitfähigkeit war in mehr als der Hälfte erhalten. In den meisten Fällen bestanden Wahnideen und Halluzinationen; erstere waren absurden Inhalts, oft abenteuerlich, unsinnig.

Wir finden also hier bei allen Fällen:

1. Zerfahrenheit des Gedankenganges, so daß ein Meinungsaustausch nur schwer möglich ist;
2. stärkeres Hervortreten katatonischer Züge;
3. erheblichere Urteilschwäche;
5. Fehlen höherer Interessen;
6. Herabsetzung der Auffassungfähigkeit und der Aufmerksamkeit.

In den meisten Fällen findet man außerdem noch:

1. erhebliche Einschränkung des Gemütslebens bis zur völligen Abstumpfung;
2. stärkere Abnahme der Gedächtnisleistungen;
3. unsinnige Wahnideen und Halluzinationen;
4. Erlahmen der Willenskraft. —

Bei der II. Gruppe haben nur 3 Fälle (von 13) mehr als 10 jährige Krankheitdauer; davon war der Ausgang 2 mal mittelschwer und 1 mal leicht. In den anderen Fällen dauerte die Krankheit 2 mal 9, je 1 mal 7 bzw. 8 Jahre, 3 mal 6 Jahre, also im ganzen 7 mal über 5 Jahre; 2 mal dauerte die Krankheit 4 und 1 mal bloß 2 Jahre. Alle Fälle zusammengenommen haben wir 10 mal mittelschweren und 3 mal leichten Ausgang. Kein Fall hatte einen schweren Ausgang genommen. Es ist dies bezeichnend und nicht bloß auf die geringere Krankheitdauer dieser Fälle zurückzuführen, da wir bei der I. Gruppe gesehen haben, daß der Endausgang, wenn er eintritt, in der Hälfte der Fälle schon im Laufe des 1. Jahres auftritt. Dagegen überwiegen bei der II. Gruppe die mittelschweren



Ausgänge über die leichten. Man könnte annehmen, daß das Ausbleiben der schweren Ausgangformen in der persönlichen Eigenart der Erkrankten, in erster Linie in ihrem höheren Alter beim Krankheitbeginn zu suchen sei; dies trifft aber nicht zu, weil wir ja bei den Spätkatatonien schwere Ausgangformen fanden. — In allen Fällen bestanden zunächst Verfolgungsvorstellungen, die von den Kranken leidlich systematisiert wurden; auffallend oft handelte es sich um sexuelle Verdächtigungen (falsche Beschuldigungen, geschlechtlichen Verkehr gehabt zu haben, namentlich bei Witwen; Schwangerschaftswahn; Anklagen, artifiziellen Abort eingeleitet zu haben, das neugeborene Kind getötet zu haben; Wahn der ehelichen Untreue); einzelne spannen dann ihre Verfolgungsideen weiter aus, die eine glaubte sich von den Italienern verfolgt, die andere von Juden und Anarchisten usw. Physikalischer Verfolgungswahn fand sich bei 5 Kranken (man wechselt ihnen die Zunge, den Kopf, den Speichel; der Urin wird in den Kopf gepumpt; man will sie mechanisieren, d. h. mit einer Maschine ihr die Gedanken machen u. dgl.). Halluzinationen des Gehörs fanden sich in allen 13 Fällen, dann kamen an Häufigkeit Hall. des Gemeingefühls und Hautsinnes (in mehr als der Hälfte der Fälle); seltener waren Hall. des Geruchs und noch seltener Gesicht- und Geschmackhalluzinationen. Größenvorstellungen traten vom Beginne an nur in 1 Fall auf, in 4 anderen Fällen wurden sie nach 1—3 jähriger Krankheitdauer produziert und zwar auch bei Fällen, die einen leichten Ausgang genommen hatten. Gegenüber *Lugaro* möchte ich betonen, daß ich vereinzelt auch bei Fällen mit physikalischem Verfolgungswahn, die seiner ipocondria persecutoria entsprechen, Größenideen vorgefunden habe. Die Wahnideen wurden im Laufe der Zeit bei manchen Kranken unsinniger, widerspruchvoller, ohne daß sich die Kranken bemüht hätten, die neuen Wahnideen mit der früheren Wahnbildung in Einklang zu bringen, was wohl nur durch ein Erlahmen der Urteilskraft verständlich wird. Die Kranken wiederholten dann kritiklos, was ihnen durch die Halluzinationen bekannt wurde, ohne zu sichten; so erzählte eine Kranke mit Gleichmut, im Keller werde der Kaiser geschlachtet, Wien sei zerstört u. a.

Sehen wir uns den endgültigen Ausgang der Fälle der II. Gruppe näher an, so können wir 3 Untergruppen unterscheiden.



1. Die Kranken werden mit der Zeit verschlossen, ablehnend, den Halluzinationen gegenüber stumpf; sitzen stundenlang mit gekreuzten Armen an demselben Fleck; antworten auf Befragen gar nicht oder schroff ablehnend, ergehen sich nicht selten in maßlose Schimpfereien gegen ihre vermeintlichen Verfolger; in den Aufregungzuständen verlieren sie nicht selten die Haltung, sind zu Gewalttätigkeiten geneigt und müssen zeitweilig auf der Unruhigenabteilung untergebracht werden. Nur in diesen, meist bald vorübergehenden Aufregungzuständen äußern die Kranken ihre zerfahrenen Wahnvorstellungen, während man sonst kaum einen Einblick in ihr Seelenleben zu tun vermag. Mutismus, Negativismus, Stereotypen beherrschen die Szene. Inwieweit diese Absperrung der Kranken durch Halluzinationen und entsprechende Wahnideen bedingt ist, ist nicht leicht zu entscheiden; man könnte annehmen, daß die Aufmerksamkeit der Kranken ganz durch die Halluzination in Anspruch genommen ist, und sie daher für die Außenwelt nicht zu haben sind. Dem muß man aber entgegenhalten, daß im Beginn der Erkrankung, wo die Halluzinationen von einem viel lebhafteren Gefühlston begleitet sind und das Interesse der Kranken wohl in viel höherem Maße in Anspruch nehmen müßten als nach mehrjähriger Krankheitdauer, diese doch nie so lähmend auf die psychische Sphäre einwirken, daß sich die Kranken ganz verschließen würden, wie das im späteren Krankheitverlaufe der Fall ist. Wir sehen im Gegenteil, daß die Kranken, bevor sie sich abschließen, oft den Halluzinationen gegenüber auffallend gleichgiltig werden, und wir müßten daher eigentlich erwarten, daß sie sich mit ihnen weniger beschäftigen. Ich neige daher zur Anschauung, daß fast in allen Fällen der Negativismus, Mutismus und die Stereotypien direkt ein katat. Zeichen darstellen, wie wir es bei der Dem. paranoides der I. Gruppe so oft finden. Daß dabei die Kranken Vorgänge der Außenwelt richtig aufzufassen vermögen, daß sie oft vorzüglich orientiert sind, keine greifbaren Gedächtnislücken zeigen und oft durch manche präzise Antwort überraschen, darf uns nicht Wunder nehmen; wir sehen doch dasselbe auch bei den reinsten katat. Zuständen, Diese Ausgangform der Fälle der II. Gruppe ist streng zu unterscheiden von dem Endzustand der stumpfen Verblödung; dort hat man den Eindruck, daß die Kranken die Antwort oft bereit haben, sie aber nicht sagen wollen; hier ist



jede Verstandesleistung fast unmöglich. — Die Kranken wissen, abgesehen von den Erregungzuständen, die äußere Haltung zu bewahren, indem sie sich ordentlich aufführen, sich waschen und kämmen und immer reinlich sind — aber die wenigsten sind zu einer Arbeit zu verhalten. Freilich beobachtet man zuweilen, wie bei der I. Gruppe, daß Kranke, die nicht sprechen wollen, dabei außerordentlich fleißige Arbeiter sind; diese Dissoziation wurde ja immer als charakteristisch für Dem. pr. hingestellt. Die Wahnbildung ist sichtlich verkümmert, neues wird dabei kaum produziert. Die Kranken zeigen gar kein Interesse für die Außenwelt, lesen nie Zeitungen, wissen von Tagesneuigkeiten wenig oder gar nichts. schließen sich nicht an Mitkranke an, ein Gespräch ist mit den meisten überhaupt nicht anzuknüpfen, weshalb die *Ebbinghaus*-Probe, das Nacherzählen einer Geschichte, die bei allen Kranken versucht ward, bei keiner gelang. Eine Kranke antwortete direkt: „Ich will nichts sagen". In den wenigen sprachlichen Äußerungen der Kranken dokumentiert sich immer eine oft geradezu erhebliche Urteilschwäche, die sich in der kritiklosen Wiedergabe der halluzinierten Vorfälle kundgibt. Der Zustand der Kranken ließ eine genauere Gedächtnisprüfung nicht zu, aber soweit sich entnehmen ließ, waren bei einigen Kranken die Gedächtnisleistungen gut. Die affektive Reaktion bei Verwandtenbesuchen war oft ganz entsprechend, in einigen Fällen auffallend gering. Diese Ausgangform war in den meisten Fällen (8 von 13 = 61,5 %) eingetreten und zwar in 1 Fall schon im 1. Jahre, in 2 Fällen im 3. Jahre, 1 mal im 4., 2 mal im 5., 1 mal im 6. und 1 mal im 7. Jahre, also meist nach drei-, spätestens nach 7 jähriger Krankheitdauer.

2. Bei der 2. Untergruppe, die bloß 2 Fälle betrifft (= 15,3 %) wurden nach 3—4 Jahren die Kranken ablehnender. ohne sich jedoch ganz abzuschließen. Dafür trat die Zerfahrenheit des Gedankenganges sehr deutlich hervor, indem die Äußerungen der Kranken immer schwerer verständlich wurden; die Wahnideen wurden ganz verworren. Urteilschwäche und Herabsetzung der Gedächtnisleistungen (wohl auch infolge der Zerfahrenheit) fanden sich bei beiden Fällen. Katat. Züge waren nicht nachzuweisen. Die affektive Reaktion gegenüber den Wahnideen und Halluzinationen wurde immer stumpfer, nur vorübergehend waren die Kranken stärker erregt. Auch das Affektleben.

soweit es sich um das Verhältnis zu den Verwandten handelt, war in den 2 Fällen reduziert. Sie zeigten kein Interesse für die Außenwelt, von Tagesneuigkeiten wußten sie gar nichts. Ein Meinungsaustausch mit den Kranken war so erschwert, daß weder die *Ebbinghaus*-Probe noch das Nacherzählen einer Geschichte gelang. Die Arbeitfähigkeit war in beiden Fällen erhalten.

Die Ausgangformen dieser beiden Untergruppen möchte ich als mittelschwer bezeichnen und sie den mittelschweren Ausgängen der I. Gruppe entgegenhalten; die Beschreibung der mittelschweren Ausgänge bei jenen Fällen paßt Wort für Wort für diese Gruppen.

3. Als dritte Untergruppe kämen die leichten Ausgänge in Betracht; es handelt sich da um 3 Fälle (= 23 %). Die Kranken bleiben zugänglich, geben geordnet Auskunft, zeigen ein geordnetes Benehmen. Die Wahnvorstellungen, von Halluzinationen begleitet, nehmen im Laufe der Jahre ein abenteuerliches Gepräge an, sie werden nicht mehr systemisiert; die Kranken werden gegenüber den Halluzinationen und Wahnvorstellungen stumpfer; diese üben kaum einen Einfluß auf das Handeln der Kranken aus. Die geistigen Interessen schrumpfen ein; wenn man will, kann man von einer Nichtübereinstimmung zwischen Affekt und Vorstellungsinhalt sprechen im Sinne *Stranskys*. Die Kranken sind einsam, zurückgezogen, mißtrauisch; die Arbeitfähigkeit in allen Fällen reduziert. Das Interesse für die Außenwelt läßt nach, von Tagesneuigkeiten wissen sie wenig; das Affektleben den Verwandten gegenüber ist erhalten. Die Gedächtnisleistungen können gut sein; dagegen läßt sich in allen Fällen deutliche Urteilschwäche nachweisen, die sich auch in der kritiklosen Reproduktion der abenteuerlichsten Wahnvorstellungen kundgibt. Die Konzentration der Aufmerksamkeit und die Auffassung ist erschwert, was sich am schönsten bei der Aufforderung die vorerzählte Geschichte nachzuerzählen, kundgibt. Eine Kranke, der die Geschichte zweimal vorerzählt war, war nicht imstande den Zusammenhang wiederzugeben, indem sie sagte, sie hätte alles vergessen; tatsächlich war sie aber der Erzählung nicht gefolgt, vielleicht auch, weil sie durch Halluzinationen abgelenkt war; erst nach der 3. Wiederholung erfolgte die Reproduktion in sicherer Weise. Die *Ebbinghaus*-

Probe gelang in diesen Fällen mit einiger Nachhilfe. Katat. Züge fehlten in 2 Fällen; in einem Fall bestand eine Stereotypie beim Schreiben, indem die Kranke in ihren Briefen jedes Wort wiederholte ohne einen Grund dafür angeben zu können. In einem Fall war der Gedankengang leicht sprunghaft und gelockert: vielleicht steht da der Übergang in die zweite Untergruppe bevor. — Dieser Zustand bildete sich in den 3 Fällen nach mehr wie 5 jähriger Krankheitdauer aus und hält in 2 Fällen schon einige Jahre an, so daß die Wahrscheinlichkeit besteht, daß diese Ausgangform bei einzelnen Fällen wirklich einem bleibenden Zustand entspricht. — Vergleichen wir diesen Ausgang mit den leichten Ausgangformen der I. Gruppe, so müssen wir sagen, daß ein nennenswerter Unterschied zwischen beiden nicht besteht. Daß hier in allen Fällen Halluzinationen und Wahnvorstellungen vorkommen, während sie dort in vielen, aber nicht in allen Fällen nachzuwəisen sind, kann einen durchgreifenden Unterschied nicht abgeben, eben weil auch bei der I. Gruppe Hall. und Wahnvorstellungen bei leichtem Ausgang vorkommen können.

Schlußsätze. Bei der II. Gruppe kam es in keinem Fall zum schweren Ausgang; dagegen trat in $^3/_4$ der Fälle, meist nach einigen Jahren, in einzelnen Fällen auch schon früher, eine mittelschwere Ausgangform ein, indem entweder katat. Symptome oder Zerfahrenheit des Gedankenganges das Krankheitbild beherrschen; nur in $^1/_4$ der Fälle war der Ausgang ein leichter, vornehmlich in der Lockerung des Wahnsystems, der Abstumpfung der Urteilskraft und der altruistischen Gefühlstöne, in der Erschwerung der Auffassung sich kundgebend. Zwischen diesen Ausgangformen und den leichten bzw. mittelschweren Ausgangformen der I. Gruppe besteht kein nennenswerter Unterschied.

Wir haben im Laufe dieser Auseinandersetzung wiederholt betont, daß die Fälle der II. Gruppe gewisse Besonderheiten darbieten; ich erwähne hier noch einmal: 1. Beginn meist im IV. und V. Dezennium, vielfach in Beziehung mit den klimakterischen Vorgängen; 2. die zweifellos geringere Häufigkeit der erblichen Belastung; 3. stärkeres hervortreten exogener Momente (negative Affektstöße), welche häufig auf sonderliche Temperamente einwirken, wodurch ja auch die Vulnerabilität des Gehirnes dokumentiert wird; 4. meist



sehr chronischer Beginn und chronisch ohne Remissionen einhergehender Verlauf; 5. das längere Festhalten an denselben Wahnideen; 6. das Ausbleiben der schweren Ausgangform. — Doch scheinen einige dieser Momente auch bei denjenigen Fällen der I. Gruppe vorzukommen, die im späteren Alter beginnen, so die etwas geringere Bedeutung der erblichen Belastung (von *Foerster* und *Lomer* bestätigt), das Hervortreten exogener Momente, der meist mehr chronische Beginn, während freilich in diesen Fällen ein schwerer Ausgang sehr häufig ist. Wir sehen also, daß bei Beginn im höheren Alter bei der I. Gruppe einige Abweichungen von den gewöhnlichen Krankheitfällen angedeutet sind, und gerade diese Züge finden sich bei der II. Gruppe stärker ausgesprochen. Ferner haben wir gesehen, daß zwischen den Ausgangformen der II. Gruppe und den leichten bzw. mittelschweren Ausgängen der I. Gruppe sehr innige Beziehungen bestehen. Diese leichten und mittelschweren Ausgangformen der I. und II. Gruppe gewinnen nun, da sie lange Jahre unverändert andauern können, offenbar für manche Fälle die Bedeutung von bleibenden Ausgangformen, und wir wissen, daß gerade in den Ausgangformen ungeheilter Geistesstörungen sich die kennzeichnenden Merkmale des Krankheitvorganges am reinsten zeigen. Die Gleichartigkeit mancher bleibenden Ausgangformen bei der I. und II. Gruppe läßt somit, im Verein mit dem oben Angeführten, schließen, daß die beiden Gruppen eine innige Verwandtschaft haben, und zwar scheint diese Verwandtschaft hauptsächlich zwischen beiden paranoiden Gruppen (der I. und II. Gruppe *Kraepelins*) zu bestehen, da die leichten und mittelschweren Ausgänge bei der I. Gruppe vorwiegend die paranoiden Fälle betreffen. Es gibt aber manche Fälle von Dem. paranoides der I. Gruppe, die einen schweren Ausgang nehmen, anderseits Fälle, die man nach der heutigen Auffassung wohl nicht anders als Hebephrenien zu bezeichnen vermag, und die einen leichten Ausgang nehmen, der kaum unterschieden werden kann von dem leichten Ausgang der Dem. paran. II, außer dadurch, daß bei dieser letzten Gruppe neben dem psychischen Schwächezustand immer auch Hall. und Wahnvorstellungen bestehen. Zwischen den Fällen der I. und II. Gruppe besteht somit bloß ein quantitativer Unterschied. Alles in allem wird man wohl sagen können, daß bei paranoidem Charakter der Erkrankung ein leichter oder mittel-

schwerer Ausgang viel wahrscheinlicher ist als bei hebephrenem oder katatonem Beginn.

Mehrere Autoren haben versucht, nachdem *Kraepelin* die paranoiden Formen in seine Dem. pr. aufgenommen hatte, die Krankheitfälle mit leichtem Ausgang in eine besondere Untergruppe zusammenzufassen, ohne sie jedoch von der Dem. pr. ganz loslösen zu wollen. So spricht *Bleuler* von einer Gruppe, die er als „Paranoid im engeren Sinne" bezeichnet: man könne mit großer Wahrscheinlichkeit die Fälle hinzurechnen, die jenseits der 40er Jahre chronisch oder subakut mit Hall. und Wahnideen erkranken; katat. Erscheinungen dürfen nicht vorhanden sein, und die Kranken dürfen nicht den Kontakt mit der Umgebung verlieren und eine gewisse Energie beibehalten. Wir haben gesehen, daß bei den Fällen, die jenseits der 40er Jahre chronisch mit Hall. und Wahnvorstellungen erkranken, meist mittelschwerer Ausgang mit deutlichen katat. Erscheinungen eintritt, und anderseits wissen wir, daß leichte Ausgangformen auch bei der echten Dem. pr. möglich sind. *Bleuler* erkennt diese Schwierigkeiten an und gibt zu, daß eine scharfe Abgrenzung seiner Untergruppe nicht möglich sei, weil es eine Menge Übergangformen gibt. „Die Paranoiden sind möglicherweise nichts als leichtere Fälle" schreibt er, und auch wir können bloß einen quantitativen Unterschied dabei erblicken. *Albrecht* erwähnt, daß es ganz wenige Fälle von Dem. paran. gibt, wo nach jahrelangem Bestehen keine erhebliche geistige Schwäche vorliegt; er rechnet sie trotzdem zur Dem. paran. *Kölpin* bezeichnet die paranoiden Fälle, wo es zur Ausbildung eines wenn auch dürftigen Wahnsystems kommt und der Ausgang ein leichter ist, als Dem. paran. und stellt sie der „paranoiden Form der Dem. pr.", welche der I. Gruppe der *Kraepelin*schen Dem. paran. entsprechen würde, gegenüber; diese „Dementia paranoides" sei nach Verlauf und Ausgang charakteristisch genug, um ein selbständiges Krankheitbild liefern zu können. Nach *Pastore* ist die Dem. paranoicophantastica *Kraepelins* ein Mittelding zwischen Dem. pr. und echter Paranoia. *Bertschinger* spricht von einer Untergruppe der paranoiden Verblödung, wo die Wahnideen nicht so fest systemisiert sind, wie bei der echten Paranoia, und anderseits auch nicht so ungeheuerliche Ausdehnung nehmen, wie bei der paranoiden Form der Dem. pr.; eine gewisse Verblödung sei immer, oft allerdings nur schwer, nachweisbar. *Lugaro*



rechnet seine I p o c o n d r i a p e r s e c u t o r i a (Fälle mit physikal. Verfolgungswahn, die sich zur Zeit des Klimakteriums entwickeln und nie zu schwerer Dementia führen) trotz der Verschiedenheiten im Verlaufe zur Dem. pr.; er erkennt aber der i p o c o n d r i a p e r - s e c u t o r i a eine symptomatische Bedeutung zu; schwere Dementia tritt nicht ein, weil der Krankheitvorgang hier ein schon fertiges Gehirn angreift, während bei Beginn in einem früheren Lebensalter bei demselben Krankheitvorgange eine schwere Dementia sich ausbilden würde.

Daß die paranoiden Fälle der II. Gruppe, also die Fälle, welche von einigen Autoren jetzt noch als Paranoia hall. chron. aufgefaßt werden, bei längerer Krankheitdauer zu Dementia führen, ist ja eine altbekannte Tatsache; die sekundäre Dementia bildet ja den Schlußstein im klassischen délire chronique à évolution systématique *Magnans*. Schlägt man aber diese Fälle zur Dem. paran., so nimmt man schon an, daß die Dementia von vornherein besteht und die Halluzinationen und Wahnvorstellungen nur ein Symptom bei einer Defektpsychose darstellen; und da stößt man gleich auf die allgemeine Frage, ob überhaupt chronische Wahnbildung und unverbrüchlicher Glaube an die halluzinierten Ergebnisse an sich schon einen Defekt bedeutet oder nicht. Bekanntlich sind die Ansichten diesbezüglich geteilt: *Hitzig*, *Salgò* sprachen sich für den Intelligenzdefekt aus, andere wie *Neisser*, *Siemerling* lehnten sich dagegen auf.

Suchen wir auf Grundlage unseres Materials zur Frage Stellung zu nehmen, so müssen wir sagen, daß in manchen Fällen das Benehmen der Kranken im Beginn ein solches war, daß man mit den jetzt zur Verfügung stehenden Untersuchungsmethoden einen Defekt nicht hätte nachweisen können. Die Kranken waren bestürzt über die halluzinierten Erlebnisse, die affektive Reaktion gegenüber den Hall. war äußerst lebhaft, die Kranken suchten ihre Wahnideen mit der Lebenserfahrung in Einklang zu bringen, es fehlte jede Dissoziation zwischen Gemütsleben und Intellekt, kurz sie benahmen sich geradeso, wie man voraussetzen müßte, daß ein bis dahin geistig gesunder Mensch Halluzinationen gegenüber reagiere. Die Kritik war im Beginn vorzüglich; manche äußerten direkt die Befürchtung, geisteskrank zu sein, weil sie gehört hatten, daß Geisteskranke „Stimmen" hören. Die Kranken empfanden den Widerspruch zwischen der Lebenser-

fahrung und den halluzinierten Erlebnissen und suchten ihn durch Gedankenarbeit, durch den Erklärungswahn, zu überwinden; sie faßten alles zu einer Einheit, dem Ich, zusammen. Jedoch mit dem Andauern der Sinnestäuschungen änderte sich bald, in manchen Fällen schon im Laufe des 1. Jahres, in anderen im Laufe der nächsten Jahre, der Zustand gründlich. Während die Kranken mit ihrer Urteilskraft früher über den Halluzinationen standen und diese mit dem übrigen Gedankeninhalt in Einklang zu bringen versuchten, sind sie jetzt unter die Halluzinationen gesunken; sie sind den Halluzinationen gegenüber gleichgültig geworden (nur vorübergehend bestehen stärkere Aufregungzustände) und beschränken sich darauf, kritiklos alles zu glauben, was sie hören und fühlen, auch das Unsinnigste und Widerspruchvollste. An der Wirklichkeit der Hall. zweifeln sie gar nicht und wehren sich entschieden dagegen, als geisteskrank zu gelten. Was ist mit den Kranken geschehen? Man hat zu einem psychologischen Erklärungsversuch gegriffen und gesagt, die Kranken erlahmen im Kampfe gegen die Sinnestäuschungen, sie sind durch die Konstanz derselben überwältigt worden; sie sind den Verfolgungen gegenüber gleichgiltiger geworden, weil sie sich immer damit beschäftigen müssen, und weil bei häufiger Wiederkehr derselben Erlebnisse eine Abstumpfung der Gefühlsreaktion auf dieselben Platz greifen muß. Wenn aber die Kranken Kritik üben würden, so würden sie gerade wegen der Häufigkeit und Konstanz der Hall. sich eher davon überzeugen müssen, daß ihnen im wirklichen Leben tatsächlich nichts entspricht. Der Grund, warum sie unter die Halluzinationen sinken, ist wohl nur der, daß ihre Intelligenz eine Einbuße erlitten hat; sie sind um viele Vorstellungen und Vorstellungsverknüpfungen ärmer geworden, das affektive Leben ist reduziert, die Schärfe und Weitsichtigkeit des Urteils hat gelitten, die Willenskraft ist geschwächt, die geistige Leistungfähigkeit gesunken; es fehlt die Mehrwertigkeit des einzelnen psychischen Elements (*Salgó*), es kommt zur Lockerung in dem festen Gefüge der Assoziationen, die sich in der Zerfahrenheit des Denkens kundgibt und den Zerfall der Persönlichkeit einleitet — mit einem Worte die Kranken sind geistig defekt geworden. Nimmt man einer solchen Kranken die Hall. und Wahnvorstellungen weg, so ist sie trotzdem nicht gesund, sondern schwachsinnig, wenn auch manchmal nur in leichtem Grade. Dem Defekt muß aber eine ana-



tomische Veränderung im Gehirne entsprechen, und bei der Gleichartigkeit dieses Defektes mit den leichteren Ausgangformen der Dem. pr., bei der Raschheit, mit der er in einzelnen Fällen auftritt, bei der Konstanz, mit der er in Erscheinung tritt, müssen wir sagen, daß er sich da wohl von vornherein um eine Defektpsychose handelt, wenn es auch klinisch oft unmöglich ist, im Krankheitbeginn den Defekt nachzuweisen; geht es uns doch geradeso beim neurasthenischen Vorstadium der Paralyse, wo es uns im Beginn auch nicht gelingt, wirkliche Defektsymptome nachzuweisen. Der Defekt stellt den klinischen Endausgang jenes Krankheitprozesses in der Hirnrinde dar, der im Beginne die Halluzinationen zeitigte. Wir müssen uns vorstellen, daß der Krankheitprozeß im Gehirne zunächst Reizerscheinungen setzt (Halluzinationen, namentlich des Gehörs) und dann erst Lähmungserscheinungen (Schwachsinn) hervortreten läßt (so bei der II. Gruppe), während bei intensiverer Ausbildung die Defektsymptome (Zerfahrenheit, Kritiklosigkeit) von vornherein die Reizerscheinungen (Halluzinationen, katat. Erregungen) begleiten (bei der I. Gruppe). Es besteht zwischen beiden Verlaufsarten bloß ein quantitativer Unterschied. Im ersten Fall von sekundärer Dementia zu sprechen, halte ich nicht für angemessen, denn eine Psychose bleibt doch immer eine Defektpsychose, wenn auch der Defekt erst später deutlich hervortritt, und dann haben wir ja den Vergleich mit den Fällen der I. Gruppe, wo der Defekt sicher von vornherein besteht und der Ausgang in manchen Fällen gar nicht verschieden ist von dem der II. Gruppe, woraus wir ja auf die innige Verwandtschaft der Krankheitvorgänge geschlossen hatten.

Gibt es nun überhaupt Fälle mit chron. Wahnbildung, die sich zu einem System verdichtet, und mit chron. Andauern von Sinnestäuschungen, wo auch im Laufe von Jahren ein Verfall der Intelligenz nicht stattfindet und die Kranken mit ihrer Urteilskraft über den Hall. stehen und sie mit dem übrigen Gedankeninhalt und mit der Lebenserfahrung in Einklang bringen? Ich finde in meinem Material 2 solche Fälle, die ich ebendeswegen auch nicht zur II. Gruppe habe rechnen wollen und sie selbständig besprechen möchte, da in diesen Fällen ein Defekt vorderhand nicht nachzuweisen ist; freilich dauert in einem Falle die Krankheit erst 3 Jahre; die Krankheitdauer ist also zu gering, um mit Sicherheit den Eintritt des Zerfalls ausschließen



zu können. Im 2. Fall dauert die Krankheit 8 Jahre und gerade in diesem Falle hat sich der Zustand der Kranken in den letzten Monaten zu ihren Ungunsten geändert, ohne daß man aber noch von einem Defekt sprechen könnte. Die Erkrankung setzte im 35. bzw. 43. Jahre ein ohne Beziehung zu dem Aussetzen der Menses; Belastung bestand in beiden Fällen; der Beginn war chronisch, Remissionen traten nicht auf.

Einmal gab der Tod der Mutter, wobei die Kranke, die mit ihr gewohnt hatte, ganz einsam im Hause geblieben war, die Veranlassungsursache ab; es bildeten sich Verfolgungsvorstellungen aus, die Kranke wähnte sich bestohlen, fand alles in der Wohnung verändert vor; die Nachbarn wollten sie um das Haus bringen, das sie geerbt hatte; da sie sich dagegen wehrte, will man sie umbringen, vergiften; hat dabei ein gehobenes Selbstgefühl, sie zittert nicht vor ihren Feinden, kann hohen Hauptes einhergehen. Hört bedrohende Stimmen; sieht glänzenden Staub im Zimmer, womit man sie töten will, spürt Geruch nach Gas u. dgl. Pat. ist schon seit 20 Jahren, also lange vor dem Krankheitbeginn, leicht schwerhörig! Sie gibt geordnet Auskunft, die affektive Reaktion gegenüber den Hall. und Wahnideen ist lebhaft und ganz entsprechend; freilich fehlt ihr jetzt jede Krankheiteinsicht, während sie im Beginn selbst die Befürchtung geäußert hatte: „ich bin ebenso krank wie die Mutter" (Mutter geisteskrank!). Liest gerne Zeitungen, schließt sich an eine periodisch Kranke, die sich im Intervall befindet, an, während sie den Verkehr mit den „Geisteskranken" zurückweist; kann sich in der Anstalt nicht zurechtfinden und schimpft manchmal gegen die widerrechtliche Freiheitberaubung. Das Affektleben für die Verwandten ist sehr lebhaft. Sie kennt die Tagesneuigkeiten der Stadt. Die *Ebbinghaus*-Probe gelingt gut. Die Wahnideen bewegen sich im Bereiche des Möglichen. Der Gedankengang ist normal; keine Zerfahrenheit, keine katat. Züge.

Ähnlich ist das Verhalten im 2. Fall; es drehen sich hier die Verfolgungsideen um den Wahn der ehelichen Untreue und um das Interesse, das der Mann daran hat, sie aus der Welt zu schaffen, damit sie seinen sexuellen Unternehmungen nicht im Wege stehe; nach Jahren kam es auch zu Größenvorstellungen. Es bestehen Hall. des Gehörs, des Geschmacks und vereinzelte Visionen. Leidet an Migräne. Das Benehmen ist vollkommen durch die Hall. und Wahnvorstellungen zu erklären; sie verschmäht den Verkehr mit den „Kranken"; hält sich für gesund und will die Ärzte vor Gericht belangen; Einwände werden prompt widerlegt. Die *Ebbinghaus*-Probe gelingt mittelmäßig bei der geringen Schulbildung der Pat.; ebenso gelingt das Nacherzählen der Geschichte erst nach dreimaligem Vorerzählen. Die Kranke schließt sich in den 2 letzten Monaten mehr ab, die geistige Regsamkeit wird geringer, sie ergeht sich manchmal in maßlose Schimpfereien gegen die Ärzte, Neigung zu Gewalttätigkeiten



gegenüber dem Personal tritt hervor, so daß es nicht unwahrscheinlich ist, daß wir hier vor dem Beginn des Zerfalls stehen.

Diese Fälle mit chron. Wahnbildung und chron. Andauern von Sinnestäuschungen ohne Intelligenzverfall sind, wenn sie überhaupt existieren, sicherlich sehr selten. Es fehlt uns jetzt jedenfalls noch vollkommen an Unterscheidungsmerkmalen, um sie von der Dem. paran. II abzutrennen; sie kommen im 4.—5. Dezennium zum Ausbruch, bei Belasteten; der Verlauf ist chronisch ohne Remissionen; nur in der Ausgangform gibt sich der Unterschied kund, indem kein Defekt eintritt. Kommen solche Fälle vor, so haben sie Anspruch auf eine Sonderstellung und würden Platz finden zwischen der Dem. paran. II und der eigentlichen Paranoia. Die Grenze der Paranoia gegenüber ist scharf gezogen, wenn man sich an *Tanzi*s Definition des Paranoiabegriffes hält, nach der die Paranoia nicht der Ausdruck einer krankhaften Störung ist, sondern den Ausfluß einer konstitutionellen Anomalie, die Frucht einer intellektuellen Monstrosität darstellt; die Wahnbildung ist ein langsamer und andauernder Triumph eines Vorurteils. Die Grenze gegenüber der Dem. paran. wäre dadurch gegeben, daß es sich bei der letzteren um eine Defektpsychose handelt.

Wir ersehen aber daraus, daß es Grenzfälle gibt, die von der Dementia praecox zur Dementia paranoides II und von dieser zur echten Paranoia hinüberleiten. Wir wissen, daß die Paranoia wieder ganz laufende Übergänge zu den originären Krankheitzuständen, dem Entartungsirresein, hat. Auf der anderen Seite ist bekannt, daß es ebenfalls Übergangformen gibt von der Dem. pr. zum manisch-depressiven Irresein; das Schwanken der Grenzen zwischen diesen beiden Krankheitbildern ist ja der schönste Beweis dafür, ferner jene zweifellos konstatierten Fälle, wo bei Geschwistern einerseits manisch-depressives Irresein, anderseits Dem. pr. sich ausbildet (Fälle von *Thomsen*, *Aschaffenburg*, *Berze*, *Schlub*, *Volpi Ghirardini*), wenn auch meist die gleichartige Vererbung vorherrscht. Weiter finden wir Grenzfälle zwischen dem manisch-depressiven Irresein und den krankhaften Persönlichkeiten, den originären Krankheitzuständen. Es bestehen auch einige Beziehungen zwischen Dem. pr. und Schwachsinn, soweit dieser nicht durch grobe organische Läsionen bedingt ist, indem gewisse Schwachsinnformen als in der frühesten Kindheit zum Ausbruch gekommene Dem. pr.-Fälle aufzufassen sind. So sehen



wir denn, daß die sogenannten funktionellen, meist auf konstitutioneller Grundlage hervorgehenden Geisteskrankheiten, wenn sie auch verschiedene Krankheitbilder annehmen, doch durch ein großes Band miteinander vereint sind, und eine exakte Abgrenzung dieser Krankheitgruppen wird so lange nicht gelingen, der Streit um Krankheitformen so lange müßig sein, bis die pathologische Anatomie das entscheidende Wort gesprochen haben wird.

Literatur.

Albrecht, Zur Symtomatologie der Dem. pr. Allg. Zeitschr. f. Psych., Bd. 62, S. 659.

Alzheimer, Die diagnostischen Schwierigkeiten in der Psychiatrie. Zeitschr. f. die gesamte Neurologie und Psychiatrie, Bd. 1.

Aretini, Dem. pr. con rapidissimo esito in fase terminale. Giornale di psich. clinica 1909, S. 77.

Bertschinger, Die Verblödungspsychosen in der Pflegeanstalt Rheinau. Allg. Zeitschr. f. Psych., Bd. 58, S. 269.

Berze, Die manisch-depressive Familie H. Monatsschrift f. Psy. Bd. 26, Heft 3.

Bleuler und *Jahrmärker*, Endzustände der Dem. pr. Allg. Zeitschr. f. Psych., Bd. 65, S. 429.

Bratz, Über Vererbung. Neurolog. Zentralblatt 1910, S. 101.

Evensen, Dem. pr. Ref. Allg. Zeitschr. f. Psych., Bd. 62, S. 464.

Elmiger, Beiträge zum Irresein bei Zwillingen. Psych.-neurolog. Wochenschrift 1910, Heft 9.

Foerster, Über die klin. Formen der Psychosen bei direkter Erblichkeit. Allg. Zeitschr. f. Psych., Bd. 64, S. 176.

Fuhrmann, Über ak. juvenile Verblödung. Arch. f. Psych., Bd. 40.

Haberkant, Osteomalacie und Dem. pr. Arch. f. Psych., Bd. 45, Heft 1.

Hirschl, Zur Ätiologie der Dem. pr. Ref. Neurolog. Zentralblatt 1905.

Kölpin, Über Dem. pr., insbesondere die paranoide Form derselben. Allg. Zeitschr. f. Psych., Bd. 65, S. 1.

Kraepelin, Allgemeine Psychiatrie. VIII. Auflage 1909.

Kraepelin, Psychiatrie. VII. Auflage. 1904. II. Band: klinische Psychiatrie.

Lomer, Das Verhältnis der Involutionspsychosen zur juvenilen Demenz. Allg. Zeitschr. f. Psych., Bd. 62, S. 769.

Lomer, Untersuchungen über juv. Dem. mit einem Heilvorschlag. Allg. Zeitschr. f. Psych., Bd. 62, S. 387.

Lugaro, L'ipocondria persecutoria. Riv. di pat. nervosa e mentale, Bd. 9. Heft 3.

Mattauschek, Beitrag zur Prognose der Dem. pr. Jahrbücher f. Psych., Bd. 30, Heft 1.



Meyer, Die Prognose der Dem. pr. Arch. f. Psych. 1909, S. 351.

Neisser, Paranoia und Schwachsinn. Allg. Zeitschr. f. Psych., Bd. 53, S. 241.

Pastore, La paranoia e le altre forme cliniche diagnosticate come paranoia. Giornale di psich. clinica, Bd. 35, S. 322.

Pellizzi, Paraplegia spasmodica famigliare e dem. pr. Riv. sp. di fren. 1906.

Pilcz, Beiträge zur direkten Heredität. Wiener med. Wochenschrift. 1907.

Raecke, Zur Prognose der Katatonie. Allg. Zeitschr. f. Psych., 65. Bd., S. 427. Arch. f. Psy., Bd. 47, Heft 1.

Roubinowitch u. *Levaditi*, Rôle de la syphilis dans l'étiologie de la dém. préc. Ref. Neurolog. Zentralblatt 1910, S. 545.

Roubinowitch u. *Phulpin*, Contr. à l'étiologie du syndrome de la dém. préc. Ann. méd.-psych. 1905.

Salgó, Noch einmal Paranoia und Schwachsinn. Allg. Zeitschr. f. Psych., Bd. 53, S. 897.

Saiz, Sul significato delle anomalie fisiche in rapporto all'etiologia e patogenesi della dem. prec. Riv. sp. di fren., Bd. 33, Heft 2.

Schlub, Über Geisteskrankheit bei Geschwistern. Allg. Zeitschr. f. Psych., Bd. 66, S. 514.

Siemerling und *Binswanger*, Lehrbuch der Psychiatrie. 1904.

Stransky, Über die Dem. pr. Ref. Neurol. Zentralblatt 1910, S. 545.

Stransky, Zur Kenntnis gewisser erworbener Blödsinnformen. Jahrbücher f. Psych., Bd. 24.

Tanzi, Malattie mentali. 1905.

Thomsen, Diskussion über Dem. pr. Ref. Neur. Centralblatt 1909, S. 1291.

Tomaschny, Die körperl. Erscheinungen bei Dem. pr. Allg. Zeitschr. f. Psych. Bd. 66, S. 845.

Urstein, Die Dem. pr. und ihre Stellung zum man.-depr. Irresein. 1909.

Volpi Ghirardini, Sulla patogenesi della dem. prec. Giorn. di psich. clinica. Bd. 35.

Wolfsohn, Die Heredität bei Dem. pr. Allg. Zeitschr. f. Psych., Bd. 64, S. 347.

Zablocka, Zur Prognosestellung bei der Dem. pr. Allg. Zeitschr. f. Psych., Bd. 65, S. 318.

Ziveri, Considerazioni statistico-nosologiche sulla dem. prec. Il Manicomio 1907.

Ziehen, Psychiatrie. 1902.



Ein Beitrag zur Kasuistik der „Pseudologia phantastica“.

Von

Dr. **Erich Wendt,**

Anstaltsarzt an der Kgl. sächs. Heil- und Pflegeanstalt Zschadraß i. Sa.
(Direktor Med.-Rat Dr. Hösel).

Die Figur des psychisch abnormen Schwindlers, vor nunmehr zwanzig Jahren von *Delbrück* in die Psychopathologie eingeführt, ist seitdem zu einem allgemein geläufigen und durchweg anerkannten Begriffe in der forensisch-psychiatrischen Praxis geworden, und zwar zu dem Begriffe einer konstitutionell kranken Gesamterscheinung, in deren Symptomenkomplex sich die pathologische Lüge mit allen ihren unmittelbaren und mittelbaren Konsequenzen dem Beurteiler als beherrschend aufdrängt, die pathologische Lüge in ihrer aktiv-produktiven Form, die in Wort und Tat umgesetzte krankhaft gesteigerte Phantasie. Die Grenze des Pathologischen erreicht die Lüge dann, wenn der Lügner bzw. Schwindler seine Erzählungen zum guten Teile selbst glaubt und damit verglichen in ihm das Bewußtsein der Realität unverhältnismäßig an Boden verloren hat, oder, genau mit *Delbrück* präzisiert: „Wenn bei den Mischformen von Irrtum und Lüge die Mischung beider Bestandteile eine annähernd gleiche ist.“ Dann genügt aus praktischen Gründen auch die einfache Bezeichnung als „Lüge“ nicht mehr, die starke Beteiligung der expansiv formenden Phantasie rechtfertigt *Delbrücks* „**Pseudologia phantastica**“.

Bei einer großen Zahl der veröffentlichten einschlägigen Fälle ließ sich als breite Basis für die pathologische Lüge und den pathologischen Schwindel Schwachsinn irgendeiner Observanz nachweisen. Ja, vorübergehend hielt man den Schwachsinn für eine Conditio sine qua non in dieser Hinsicht. Je mehr aber Fälle erschienen, in denen man sich von einer nicht nur durchschnittlichen, sondern zuweilen



sogar recht hochstehenden Intelligenz bei pathologischen Schwindlern überzeugen mußte, zumal wenn es sich um hysterische oder wenigstens hysterisch nuancierte Individuen handelte, mußte man hiervon abgehen und die Pseudologia phantastica als ein Symptom der verschiedenartigsten Provenienz gelten lassen. Zur Hysterie kam die Degeneration überhaupt, die Neurasthenie, sexuelle Perversität, Alkoholismus, paranoiforme Zustände u. a. Und deshalb möchte ich *Redlich* beipflichten, der es für richtig hält, in den Fällen, wo andere Symptome ganz oder fast ganz zurücktreten, schon der Einfachheit und Klarheit halber von Pseudologia phantastica schlechthin zu sprechen, ganz besonders dann, wenn nichts einen Anhalt für eine Spezialdiagnose bietet als die in den bisher bekannten Fällen wohl ausnahmlos vorhandene erbliche Belastung, ist es doch schließlich die Pseudologia allein, welche den betreffenden Menschen zu einer Auseinandersetzung mit Justiz und Psychiatrie zwingt. *Siemerling* geht noch weiter und empfiehlt, auch wo sicher hysterische Symptome vorhanden sind, neben der krankhaften Neigung zum Lügen den Namen Pseudologia phantastica zu wählen. Indessen soll durchaus zugegeben werden, daß die reinsten und klassischen Fälle eher zur Hysteriegruppe neigen als zu irgendeiner anderen.

Es konnte nicht ausbleiben und liegt im Charakter der Materie selber, daß im Laufe der Zeit bei zunehmender Bereicherung in Kasuistik und Symptomatik sich der Begriff der Pseudologia phantastica allmählich noch immer weiter von dem der eigentlichen einfachen Lüge entfernte. Wie es eine Brücke gibt von der normalen Lüge zur pathologischen, so kann es bei der Mischung von Irrtum und Lüge zu einem solchen Überwiegen des Irrtums kommen, daß der ganze Mensch dadurch temporär umgewertet wird. Die causa movens der Pseudologia phantastica ist in dieser graduell höchsten Form nicht so sehr der Hang, der Trieb, etwas Bestimmtes, aber unter den gegebenen Verhältnissen nicht Angängiges zu erzählen, zu tun oder zu erstreben, als vielmehr der unwiderstehliche Drang, etwas zu s e i n, zu leben, zu denken und zu fühlen als ein anderer Mensch, dessen Bild in einer begehrenswerten Gestalt der Phantasie vorschwebt, als solcher vor der Welt und vor s i c h s e l b s t zu gelten. Die I d e e der Rolle bringt die Befriedigung mit sich, während materielle meist auch nur ephemerer Natur, selbstverständlich mi





werden, weil sie eben die Szenerie für die Aktion abgeben, aber im Grunde doch erst in zweiter Linie kommen.

Wenn *Ziehen* die Pseudologia phantastica erklärt als eine unter dem Einflusse persönlicher Eitelkeit gesteigerte Phantasietätigkeit, so hat er damit wohl recht, aber in Ansehung dessen, daß doch die Eitelkeit am Ende nichts weiter ist als der Wunsch, in irgendeiner Hinsicht als besonders bevorzugt aufzufallen, und gerade die Betonung dieses Wunschmomentes bis zum Umsatz in vollendete Autosuggestion führt, so dringt man wohl noch tiefer in das Wesen des Begriffes, wenn man mit *Anna Stemmermann* und *Vogt* von einer Wunschpsychose spricht, damit ist m. E. der Kern der Sache getroffen.

Somit verstehen wir unter Pseudologia phantastica nicht mehr das nackte Bild der pathologischen Lügenhaftigkeit und ihrer Produkte, sondern vielmehr das Unterliegen des Realitätsbewußtseins gegenüber dem krankhaft-phantastischen Wunsche in seiner weitesten Konsequenz. Wie nun der Wunsch, um eben Wunsch zu bleiben, niemals ganz die bewußte Vorstellung des Imaginären verlieren darf, so taucht auch bei der Pseudologia phantastica die Erinnerung, ja die Anerkennung der Wirklichkeit in allen nebelhaften Träumen wie eine Insel auf, und nicht nur das, sondern es kommt zu dem oft beschriebenen Doppelbewußtsein, welches zwei Lebensformen, die wirkliche und die wunschgemäße, neben einander herlaufen läßt, wobei die letztere überwiegend und ausschlaggebend ist; und eine solche psychische Konstitution muß unbedingt und zwingenderweise zum Schwindel, zur Gesetzesübertretung führen, wenn nicht ganz außergewöhnlich günstige äußere Bedingungen vorliegen. Und ferner, weil bei der Festnahme eines solchen Schwindlers das wunschgemäße, also schwindelhafte Persönlichkeitsbewußtsein sofort zu weichen pflegt, so muß der unbefangene Beobachter naturgemäß zu dem Urteil kommen, der Ergriffene sei nichts als ein geriebener Gauner, denn er spricht objektiv über die ihm zur Last gelegten Handlungen klar und richtig, behauptet eben nur, diese Einsicht während der Ausführung derselben in bezug auf seine Person nicht gehabt zu haben; die traumhafte und unklare Erinnerungfähigkeit an die Einzelheiten seiner Erlebnisse fällt zumeist erst dem Sachverständigen auf. Es fällt also der Begriff des psychisch abnormen Schwindlers mit dem der Pseudologia phantastica im wesent-

lichen zusammen. Der psychologische Aufbau ist, noch einmal kurz zusammengefaßt, dabei folgender: Die Grundlage bildet eine degenerative Alteration, darauf taucht ein Wunsch oder Wunschkomplex auf, dieser steigert sich zur Autosuggestion — damit ist er pathologisch — dann folgen die praktischen Konsequenzen, und damit ist die Pseudologia phantastica einerseits und der Schwindel, d. h. die Kriminalität andererseits perfekt. Rein symptomatisch kennzeichnet sich die Pseudologie durch die Grundlosigkeit des Fabulierens, die erhöhte Suggestibilität und in ihrem Gefolge das Doppelbewußtsein und die mangelhafte Reproduktionsfähigkeit des Patienten.

Nun ist die Pseudologia phantastica in manchen Fällen so durchdringend und dauernd mit der Psyche verknüpft, daß solche Menschen auf jeden Fall, um kriminelle Verwicklungen zu vermeiden, abgesehen von der Entmündigung, in einer Anstalt interniert, zum mindesten aber ständig gut überwacht und beobachtet werden müssen. In anderen Fällen, *Redlich* beschreibt u. a. einen solchen, tritt der „Trieb zum Schwindeln und Lügen periodisch stärker auf gegenüber besseren, ruhigeren Zeiten, in denen selbst ein recht weitgehendes Maß von Vertrauen und Freiheit nicht mißbraucht wird“. Über einen weiteren solchen Fall, der in der Anstalt Zschadraß zur Beobachtung kam, soll im folgenden kurz referiert werden.

Die anamnestischen Angaben des ärztlichen Zuführungsgutachtens sind vervollständigt durch eigene nachträgliche Erhebungen bei den Eltern, namentlich dem Vater des Kranken.

Es handelt sich um den zweiundzwanzigjährigen Studiosus der Rechte Karl Friedrich, den Sohn eines mittleren Beamten aus einer kleinen erzgebirgischen Industriestadt. Eine Großtante mütterlicherseits starb an Epilepsie im Alter von 27 Jahren, ein Großonkel ertränkte sich, und dessen Mutter, also Friedrichs Urgroßmutter, lebte 22 Jahre lang, bis zu ihrem Tode, in dem Wahne, ihr Sohn sei nicht tot und müsse wiederkommen. Die Mutter des Patienten selbst wird als exzentrische, musikalisch hochbegabte, intelligente Frau geschildert, welche Stimmungschwankungen auffallender Art unterworfen war; sie war Jahre lang fast blind allen Bemühungen der Ärzte zum Trotz, plötzlich aber erlangte sie eines Tages die Sehkraft wieder, worauf sie sofort einen [illegible]hen Walzer zu spielen begann, die Ärzte hätten damals, hei[illegible]

gesprochen. Fr. selbst war ein äußerst frühreifes Kind, war eigentlich überhaupt nie wie andere Kinder, spielte und lachte niemals mit Altersgenossen, sondern suchte mit Vorliebe die Gesellschaft Erwachsener, verhielt sich stets gesetzt und ruhig, in seinen Augen lag tiefer Ernst, und er zeigte schon als dreijähriges Kind auffallendes Verständnis für ernste Fragen und überraschte durch sein Urteil; mit dem Hausarzte, der an dem klugen Knaben Interesse gewann, machte er regelmäßige Ausfahrten. Dem Vater wurde oft bange bei der Frühreife seines Jungen, und er suchte die Mutter zu hindern, das kindliche Hirn mit unnötigem auswendig gelerntem Kram zu belasten, konnte aber nichts dagegen machen, der Junge lernte eben alles „im Handumdrehen". Während der ersten Schuljahre machte sich bereits ein unerfreulicher Hang zum Lügen bemerkbar, der den Eltern viel Verdruß bereitete. Frühzeitig, als 15—17 jähriger, offenbarte Fr. auch schon literarisches Talent, verfaßte Theaterstücke, welche in Vereinen aufgeführt wurden, und zwar stellte er sie in unglaublicher Geschwindigkeit her, abends kamen die Leute und bestellten ein Stück und am nächsten Abend konnten schon die Proben beginnen. Der Verfasser wurde dann öffentlich gelobt, manchmal wohl auch über Gebühr, wodurch Selbstüberschätzung in ihm großgezogen wurde, so zwar, daß seine überhebenden Ideen seinen Vater stutzig machten, welcher schon damals an Größenideen dachte. Im Unterricht war Karl Fr. ein glänzender Schüler im deutschen Aufsatze, der die Sprache weit über seine Jahre beherrschte; dennoch machte ihm sein Abiturium große Schwierigkeiten, weil er in der Mathematik und der Chemie vollkommen versagte, so daß sein jüngerer Bruder vergeblich durch Nachhilfestunden den 2 Jahre Älteren zu fördern suchte. Er litt von Kindheit her an heftigen Kopfschmerzen, darüber hat er fast ständig geklagt; seine vielen schriftlichen Arbeiten machte er nachts, weil er ja ohnehin nicht schlafen könne, wie er sagte. Seine Stimmung wechselte oft rapid, er empfand augenblicklich sehr tief, konnte weinen und schluchzen, wurde aber durch Ablenkung leicht anderer Laune und hatte schnell den eben tief bereuten Vorfall vergessen. In die letzten Jahre seiner Gymnasialzeit fallen die ersten ausgesprochenen Vorboten seiner späteren Phantastereien, er schrieb Briefe an sich selber unter tönenden Namen und Titeln, verfaßte unter anderem eine vollkommene ausgearbeitete Etatsrede, in welcher er selber als Ministerpräsident figuriert, von einigen 20 Bogenseiten. Im Alter von 17 Jahren gefiel er sich als Zeitungs-Reporter, beschäftigte sich überhaupt viel mit der hohen Politik und renommierte seinen Freunden gegenüber mit dem hohen Verdienste aus dieser Tätigkeit. Dem Hausarzte, der ihn nach bestandenem Abiturium fragte, welchen Beruf er ergreifen wolle, erwiderte er, „er wolle Jurist werden, denn nur dem Juristen ständen die höchsten Ämter offen". Unter diesen Auspizien bezog Karl Fr. zu Beginn des Sommersemesters 1908 eine süddeutsche Universität.

Der mit einem Monatwechsel von 100 Mark ausgestattete junge

Mann mietete sich zunächst eine hübsche Zweizimmerwohnung, denn, sagte er, er sei an schöne und geräumige Zimmer gewöhnt von seinem heimatlichen Schlosse her, er sei nämlich mehrfacher Rittergutsbesitzer, sein Diener werde bald nachkommen und seinen Koffer auspacken. Die Dürftigkeit und Einfachheit seiner Kleidung und Wäsche fiel zwar der Wirtin auf im Vergleich zu seinem großlebigen Auftreten, sie gewann jedoch Vertrauen, als Fr. seine Miete gleich im Voraus bezahlte. Sein Wesen war ruhig und bestimmt; er erzählte, sein Vater sei höherer Staatsbeamter, und er selber studiere nur, um später die Bewirtschaftung seiner ausgedehnten Güter selber in die Hand nehmen zu können; er machte alles in allem einen gewandten, gescheiten Eindruck und wußte in seinen Schilderungen Vertrauen zu erwecken. Nach fünf Tagen trat ein Diener bei ihm auf, der eine Livree aus den feinsten Stoffen einer ersten Firma des Ortes erhielt. Er selber versah sich ebenfalls mit eleganter Wäsche usw. Der Diener mußte ihm beim Ankleiden behilflich sein. Demnächst wurde ein Fuhrwerkbesitzer gleich für's ganze Semester verpflichtet; jeden Mittag holte die Equipage ihn ab, tief in der Nacht brachte sie den Mieter heim. Bei diesen Ausfahrten kutschierte Fr. selber, der Diener saß neben ihm auf dem Bock, die Arme verschränkt, den Blick stramm geradeaus gerichtet genau nach Vorschrift. Der Kutscher, ebenfalls neu und nobel livriert, saß im Fond des Wagens, je nach Umständen auch ein paar Kommilitonen oder Kellnerinnen aus dem bevorzugten Kaffeehause; die ganze Gesellschaft hielt Fr. zechfrei. Hierbei sei gleich erwähnt, daß Fr. erwiesenermaßen niemals zu alkoholischen oder sexuellen Exzessen neigte. Er war ein perfekter Reiter, seine Fahrkunst war ohne Tadel, kurz, äußerlich war er in jeder Hinsicht aristokratisch befähigt. Seinen studentischen Bekannten, denen er sich anfänglich mit seinem bürgerlichen Namen vorgestellt hatte, gab er sich nach kurzer Zeit als Graf Friedrich Gersdorf auf Blankenhain zu erkennen, er habe seinen Adel mit Erlaubnis des Landesherrn bisher verschwiegen, um ungezwungenen Verkehr zu bekommen, entsprechend lautende Visitenkarten waren bereits gedruckt, von seiner Tür war der bürgerliche Friedrich verschwunden. Im Mai wurde mit seinem Geburtstage das Fest seiner Volljährigkeit unter großem Luxus gefeiert. Am nächsten Morgen reiste er mit seinem Diener ab nach Sachsen auf seine Güter. Die Reise führte u. a. nach Leipzig, Plauen und Zwickau und dauerte 12 Tage. Fr. fuhr I. Klasse, sein Diener III. Klasse. Durch gute Trinkgelder wurden die Schaffner bewogen, den Diener streckenweise mit in der ersten Klasse fahren zu lassen, und von hier aus zeigte ihm der „Graf“ seine Güter im Vorbeifahren und beschrieb sie in allen Einzelheiten. In Leipzig wohnte er bei einer ihm von seiner Heimat her bekannten Familie F., deren ältester Sohn seine Geldangelegenheiten besorgte, wie er seinem Diener erklärte; tatsächlich kam auch einige Tage später in Plauen eine größere Gel[illegible] an, auf welcher der Name F. als Absender vermerkt war. [illegible]

Friedrichs zu dieser Familie F. ist nicht ganz geklärt, es schwebte ein Rechtstreit wegen Forderung von 15 000 Mark, welche die F.s von Fr. resp. seinem Vater als Rückzahlung von Darlehn beanspruchten, die Summe scheint zu hoch gegriffen gewesen zu sein, jedenfalls haben sich die F.s mit erheblich weniger tatsächlich begnügt. Er hatte die Leute glauben gemacht, daß er mit den höchsten Beamten des preußischen Ministeriums im Verkehr stände, die an seinen großen Fähigkeiten Interesse genommen hätten und ihm eine glänzende Zukunft sicher stellten, es fände ein reger Aktenwechsel zwischen Berlin und seiner süddeutschen Universität deswegen statt. Daraufhin hat Fr. die F.s allem Anscheine nach ausgiebig angeborgt. Die ganze Reise nach Sachsen gewinnt unter dem Gesichtspunkte der beabsichtigten frischen Finanzierung jedenfalls eine sehr plausible Beleuchtung. Aber auch nach anderer Richtung kam Fr. diese Reise für die fernere Durchführung seiner Rolle zu statten. Sein Diener nämlich gefiel sich im Scheine der gräflichen Sonne, es machte ihm, wie er später an Gerichtstelle aussagte, Spaß, wenn die Leute ihm und seinem Herrn nachsahen, und wie sie überall so vornehm auftraten, und so log er denn nach der Rückkehr in die Universitätstadt kräftig mit, erzählte die fabelhaftesten Dinge von dem enormen Reichtume seines Grafen, den Gütern desselben und dem hohen Ansehen, welches der überall in Sachsen bekannte Mann bei seinen Landsleuten genieße. Damit wurde der Kredit des gräflichen Geldbeutels und der gräflichen Persönlichkeit vorläufig genügend gefestigt, um die Kontrahierung von einigen tausend Mark Schulden zu ermöglichen. Seinem Leibkutscher versprach er seine Pferde für 4200 Mark abzukaufen, dazu sollte er am 25. Juli aus den bekannten Stallungen der Gebrüder Weinberg in Frankfurt a. M. einen Schimmelvierrerzug um 26 000 Mark übernehmen, mit dem er ihn zunächst zu seiner bevorstehenden Verlobung mit der Gräfin Mansbach nach Schloß Blankenhain fahren sollte. Die Einrichtung eines Rennstalles, zu dem die nötigen Grundstücke schon ins Auge gefaßt waren, war ebenfalls bereits ausgemachte Sache. Durch einen Agenten tat er sich nach einer seinen Ansprüchen geziemenden Villa um und ließ die Unterhandlungen wegen Ankaufes einer solchen für 260 000 Mark führen, wobei er diesen Preis außergewöhnlich niedrig fand. Die Vertretung der verkaufenden Partei führte ein auswärtiger Rechtsanwalt, der zu dem Zwecke eigens an Ort und Stelle reiste. Fr. verpflichtete das Personal für seinen künftigen Haushalt in der Villa, Gärtner, Köchin, Hausmädchen, Kutscher und Hausmeister, schloß regelrechte Dienstverträge mit liberalen Bedingungen und teilweise mit Pensionsberechtigung ab, eine Kaffeekellnerin sollte Hausdame bei ihm werden. Als die Situation auf der Höhe war, ereilte ihn das unausbleibliche Verhängnis. Einige Kommilitonen, deren einen Fr. auf elegante aber immerhin auffallende Weise angeborgt hatte, und der sein Geld nicht wiederbekommen konnte, kamen hinter seine wahren Verhältnisse, erstatteten Anzeige, und so brach der ganze gräfliche Schwindel

zusammen, nachdem er über ein Vierteljahr floriert hatte. Der Vater eilte herbei, ein Entmündigungsverfahren wegen Geisteskrankheit wurde eingeleitet, daraufhin das anhängige gerichtliche Verfahren aufgehoben, dann aber zog der Vater leider den Entmündigungsantrag zurück, da Fr. sich inzwischen wieder auf sich selbst besonnen hatte.

In seinem Heimatstädtchen und anfangs auch in der anderen größeren Universitätstadt, die Fr. im Wintersemester 1908/09 besuchte, war er still und fleißig. Im Februar 1909 aber verließ er plötzlich seine bescheidene Wohnung und siedelte in eines der vornehmsten Hotels über und zwar unter seinem richtigen Namen. Er machte dort in 7 Tagen eine Zeche von 275 Mark, die er dann nicht bezahlen konnte. Seinen bisherigen Wirtsleuten erklärte er sein Verhalten, indem er vorgab, er müsse in standesgemäßer Aufmachung auf den Fürsten Dohna-Schlobitten warten, welcher ihn zu adoptieren beabsichtige; auch auf die Mitwisserschaft des Reichskanzlers Fürsten Bülow und selbst Sr. Majestät des Kaisers berief er sich. In mehreren Geschäften der Stadt machte er unsinnige Bestellungen, ein Automobil für 50 000 Mark kam nicht zur Abnahme, weil die Firma Erkundigungen einzog. In einem Mäntel- und einem Koffergeschäft machte er Einkäufe von mehreren hundert bis tausend Mark; als die Koffer, Etuis und Decken in seinem Hotel abgeliefert werden sollten, konnte Fr. nicht zahlen, und man nahm die Sachen wieder mit. Alle diese Bestellungen waren völlig sinn- und zwecklos; wenn er die Waren dann nicht bekam, war es ihm auch gleichgültig. Anfang März verschwand er plötzlich aus der Universitätstadt und tauchte in verschiedenen Städten seiner sächsischen Heimat als Zechpreller auf; und als er von seinem Vater in eine Anstalt gebracht werden sollte, flüchtete er in die Schweiz, wo er sich ein Vierteljahr lang aufhielt, indem er seinen Lebensunterhalt aus väterlichen Zuwendungen und den Erträgnissen literarischer Arbeiten bestritt. Während seiner Fahrten in Sachsen gab er sich als Dr. juris und Sohn eines reichen Fabrikbesitzers und Kommerzienrates aus, der sich von den Strapazen des soeben bestandenen Examens erholen müsse, gab überall seinen wahren Namen an, so daß es ein leichtes war, über ihn Erkundigungen einzuziehen. In der Schweiz scheint es ihm nicht sonderlich glänzend ergangen zu sein, er kam körperlich sehr herunter und ging schließlich zu entfernten Verwandten in das kleine badische Landstädtchen G., gab dort den Kindern seines Gastgebers Unterricht, machte sich in jeder Hinsicht angenehm, beliebt und interessant, fing dann aber eines Tages auch hier an zu fabeln und war im August 1909 plötzlich verschwunden unter Hinterlassung von Schulden und Mitnahme von Sachen, die ihm nicht gehörten. Da er noch einige Barmittel besaß, konnte er sich mehrere Tage in Stuttgart aufhalten, als das Geld verbraucht war, zog er zu Fuß im Lande weiter von Ort zu Ort um eine Reihe von Zechprellereien großen Stiles zu üben. Das Grundmotiv des Schwindels, auf den er nunmehr reiste




dies: er stellte sich wiederum vor als Sohn eines reichen sächischen Fabrikbesitzers, welcher 12 000 Arbeiter beschäftige; er wolle im Auftrage seines Vaters und auf Anraten der Württembergischen Regierung hier im Schwäbischen große Filialen für Fabrikation von Kartonagen und Spitzen gründen, dazu benötige er geeignete Grundstücke. Er ließ sich den Schultheiß ins Gasthaus kommen, besprach mit ihm die Details seines Projektes, besichtigte mit Sachkenntnis die in Frage kommenden Gelände, engagierte in einem Falle den ihm begegnenden Flurschützen als Portier für die problematische Fabrik bei 100 Mark Monatgehalt und freier Dienstwohnung und beauftragte ihn gleichzeitig eine tüchtige Kraft für den Nachtwächterposten zu besorgen. Abends hielt er die Honoratioren des Dorfes zechfrei, bestellte Logis für seinen nachfolgenden Ingenieur und Unterkunft für sein ebenfalls bald eintreffendes Automobil und dessen Chauffeur, ließ in geeigneten Räumen Tafeln zum Auflegen von Plänen und Zeichnungen bereitstellen, renommierte noch tüchtig mit Reichtum und einflußreicher Verwandtschaft und — verschwand am nächsten Morgen auf möglichst harmlose Weise, indem er einen notwendigen Gang vorschützte, mit vertraulichem „Auf Wiedersehn", um einige Kilometer landeinwärts dasselbe Spiel zu wiederholen. Viermal glückte es ihm, dann erreichte ihn der Arm des Gesetzes in N. in Württemberg, er wurde festgenommen und wegen Zechprellerei, Vorspiegelung falscher und Unterdrückung wahrer Tatsachen ins nächste Amtsgerichtgefängnis eingeliefert. Sofort gestand er ohne Weiteres seine sämtlichen Vergehen. Der Amtsarzt jedoch war in der Lage, nach verhältnismäßig kurzer Zeit ein Urteil dahin abzugeben, daß Karl Fr. geisteskrank sei, ließ ihn ins Ortskrankenhaus bringen und veranlaßte seine Überführung nach Zschadraß, welche am 28. September 1909 stattfand.

Beobachtung in der Anstalt: Patient ist ein Mann von etwas über mittlerer Größe, schlank und doch kräftig gebaut, gut gewachsen und genährt, in seinen Bewegungen akzentuiert elegant, gerader, aufrechter Haltung, etwas wiegenden selbstbewußten Ganges, sicher in den Umgangformen und macht von vorn herein einen sympathischen, gewinnenden Eindruck, den er zu verstärken weiß durch unumwundene Offenheit und Bereitwilligkeit, allen notwendigen Beschränkungen des Anstaltlebens sich zu unterwerfen. Am Kopfe findet sich nichts Abnormes, Schütteln desselben und Bücken verursachen Stirnkopfschmerzen, besonders rechts. Augenmuskel- und Pupillenstörungen nicht vorhanden, keine Einengung des Gesichtsfeldes. Brust- und Bauchorgane gesund. Es bestehen keine Krämpfe, keine Bewegungs- und Empfindungstörungen, keine Druckpunkte, nur die vasomotorische Erregbarkeit ist eine sehr bedeutende, zumal auf der linken Körperhälfte, Reflexe sämtlich in Ordnung. Empfindlich ist Fr. gegen Geräusche, eine Zeitlang war ihm sogar das Ticken der Taschenuhr störend, sodaß er sie ablegte, auch gibt er an, daß er zeitweise an so starkem tremor manuum leide, daß er sein Eßbesteck



nicht halten könne. — Seine Auffassung ist schnell, seine Antworten prompt, abgerundet und erschöpfend, die Sprache geläufig und treffsicher, manchmal zu Anfang etwas hastend, später immer ruhig und gemessen; die Orientierung ist lückenlos. — Über die Entstehung seiner Krankheit gibt er an, es sei in ihm von früh auf ein übertriebenes Selbstgefühlt groß gezogen worden, und dieses habe sich dann wohl zu einer Art Größenwahn ausgewachsen, er sei jetzt, im Gegensatz zu früher, der Überzeugung, daß eine gründliche Erholung in der Anstalt für ihn das Beste sei, es sei auch sein vollkommen freier Wille, daß er hier sei, und er werde nicht eher wieder fortgehen, als bis er soweit genesen sei, daß er eine Wiederholung der hinter ihm liegenden Ereignisse nicht zu fürchten brauche. Daß sein Zustand krankhaft gewesen sei, sei ihm schließlich nicht entgangen, seine Handlungen machten ihn aber erst stutzig, sobald von außen eingegriffen wurde; vorher, während seiner Renommistereien und Verschwendungen wurde er sich dieser nicht bewußt; daß er als geistig abnorm auch von anderen angesehen wurde, habe er zum ersten Male erfahren, als seine Wirtin, bei welcher er als „Graf" gewohnt habe, sich seinem Vater gegenüber in diesem Sinne aussprach. Es schien ihm damals zuviel gesagt, denn bei anderen Leuten käme doch auch gelegentlich so etwas vor.

Sein krankhaftes Verhalten trete periodisch auf, als Vorboten stellten sich wochenlange heftige Stirnkopfschmerzen und Schlaflosigkeit ein, seine Phantasie beginne zu arbeiten, der Zustand verschlimmere sich dann unaufhaltsam, bis er soweit in der Gewalt seiner Ideen sei, daß das wirkliche „Ich" das eingebildete nicht mehr zu verdrängen vermöchte, wenigstens seien klarere Zeiten nur vorübergehend in der Einsamkeit und zu Hause eingetreten, aber dann habe ihm die Fähigkeit gefehlt, das Getane zu bereuen, die Sicherheit einer schönen und glücklichen Zukunft tröstete ihn jedesmal über alles hinweg und hielt ihn aufrecht. Der erste derartige Zustand sei schon in seiner Schülerzeit vor dem Einjährigen-Examen dagewesen. Das zweite Mal, im Sommersemester 1908 trat zunächst die Idee in den Vordergrund, daß er doch kolossal begabt sei und es mit allen Professoren und Kapazitäten aufnehmen könne, dazu kam dann die Idee von seinem großen Reichtum und seiner gräflichen Abstammung. In der Rolle als Graf habe er gelebt etwa wie ein Schauspieler, welcher darin wirklichen seelischen Schmerz und echte Freude empfinden könne. Ein Schuldgefühl habe er auch jetzt nicht, sondern nur das des Mitleides mit seinen Eltern und den von ihm geschädigten Leuten, denn seine Schwindeleien hätten weder einen Grund noch einen Zweck gehabt. Er erklärt sich seine Zustände ursächlich auch mit seiner anfänglichen Einsamkeit, diese habe ihm zuviel Zeit zum Grübeln und Träumen gelassen, bis ziemlich plötzlich der unwiderstehliche Drang in ihm rege wurde, sich in der bekannten Weise aufzuspielen. Im zweiten Semester sei es später wieder so gewesen. Von G. in Baden habe ihn eine innere Unruhe fortgetrieben, planlos sei er in die Weite gegangen, selbst ohne Karte und genügende

Kleidung, und er sei dann etwa 14 Tage lang so herumgeirrt. Die Erinnerungfähigkeit an die Vorgänge während der kranken Perioden ist im Großen und Ganzen erhalten, doch weist sie Lücken auf, er vergleicht sie mit den Eindrücken, welche lebhafte Träume in der Seele zurücklassen. Auf die Autoangelegenheit kann er sich nicht besinnen, weiß auch nicht genau, wann er im März 1909 auf die Reise gegangen ist, weiß aber seine weiteren Fahrten in ihren Einzelheiten, auch erinnert er sich, am Grabe seiner Großeltern in C. gewesen zu sein. Ganz klar ist er sich über seinen Aufenthalt in der Schweiz. Dann wird die Erinnerung wieder traumhafter gegen Ende der Zeit in G. in Baden, die Ereignisse seiner Fußreise im Württembergischen könne er nur in großen Zügen reproduzieren, seit seiner Einlieferung ins Amtsgerichtgefängnis in N. fühle er sich wieder frei. Alle seine Angaben machen durchaus den Eindruck des Aufrichtigen und Rückhaltlosen.

Sehr bald beginnt er später den wohltätigen Einfluß der Ruhe und Geregeltheit des Anstaltlebens zu rühmen, der nächtliche Schlaf sei besser, die Kopfschmerzen seien nicht wiedergekommen. Sein Auftreten ist stets höflich und verbindlich, seine Situation und ihre Konsequenzen begreift er vollkommen. Nach einigen Wochen wirft er sich mit Eifer und Beharrlichkeit auf juristische Studien, nachdem er sich anfangs nur mit Abschriften u. dgl. beschäftigt hat. Mit der Einleitung seiner Entmündigung erklärt er sich durchaus einverstanden, hofft nur auf eine Entmündigung wegen Geistesschwäche, da diese ihm eine größere Bewegungsfreiheit gestatte als diejenige wegen Geisteskrankheit. Für eine Aufführung gelegentlich des Anstaltkostümfestes schreibt er in zweimal vierundzwanzig Stunden einen Einakter im Dialekt seiner erzgebirgischen Heimat von 45 Minuten Aufführungsdauer mit einwandfreien Versen und geschickt aufgebauter Handlung, wobei ihm vielleicht Reminiszenzen an frühere derartige Leistungen zu Hilfe gekommen sein mögen; jedenfalls überrascht die Geschwindigkeit der Herstellung und die gute und gewandte Inszenierung des Stückes, dessen Regie er sich vorbehält, und dessen Hauptrollen er selber spielt. Im Gespräch über Literatur erweist er sich als gut belesen und sicher im Urteil; Molière, Maupassant und Zola sind seine Lieblinge, mit Schopenhauer und Nietzsche ist er vertraut. Seine Stimmung ist im allgemeinen gleichmäßig; ertappt man ihn gelegentlich über Scherz und Lachen, so betont er sofort mit Nachdruck, man solle nur ja nicht glauben, daß er den Ernst seiner Lage vergessen könne, seine Heiterkeit sei nur oberflächlich, in seinem Innern habe sich „etwas umgekrempelt“ zum „normalen Besseren“. Allmählich erhält er mehr und mehr Bewegungsfreiheit, die er nicht mißbraucht. Auf seinen Ausflügen in die Umgebung ohne Begleitung und in der Unterhaltung mit fremden Personen tritt die Renommiersucht in unaufgefordertem Erzählen und Kritisieren zunächst noch zu Tage, auch nach geringfügigem Alkoholgenuß zeigt sich bald eine unverhältnismäßig gehobene, überlegene, zu-

kunftsichere Stimmung, beides jedoch ohne zur Lügenbildung auszuarten; allmählich gewinnt er immer mehr die Herrschaft über sich, der Gesamteindruck seines Wesens wird abgeschlossener und zielbewußt, wobei allerdings ein forciertes Betonen seiner Vernunft und seines pflichtgemäßen Willens zum gesunden, planvollen Handeln hervortritt, jedenfalls ein Zeichen dafür, daß er seiner Intelligenz mit Bewußtsein und Absicht die Vorherrschaft läßt gegenüber seinem instinktiven Gefühl und sie in sich arbeiten läßt. Am 17. März 1910 wurde er als „soweit genesen“ beurlaubt, wobei diese vorsichtige Form des Überganges in die Freiheit in Rücksicht auf die Periodizität der Krankheit gewählt ward. Die bei den unterschiedlichen sächsischen und außersächischen Gerichten schwebenden Verfahren waren bereits vorher unter Zubilligung des Schutzes des § 51 aufgehoben worden.

Bilden wir uns nun ein Urteil über die psychische Person Fr.s, so fallen als Hauptpunkte ins Auge: die degenerative Grundlage, das bis zur Autosuggestion gesteigerte Wunschmoment, das Doppelbewußtsein und die Periodizität des Übergewichtes der wunschgemäßen Persönlichkeit.

Fr. entstammt einer Familie, in welcher Selbstmord, Hysterie und Epilepsie beobachtet worden sind, ist also schwer mit Neigung zur Seelenstörung belastet. Diese Anlage, die er von Geburt an in sich trug, und die sich in den Kinderjahren schon bemerkbar machte — es sei an die Frühreife, die einseitige Begabung, den unmotivierten Stimmungwechsel und die Lügesucht erinnert — fand nur zu gute Nahrung in dem Einfluß der psychisch nicht einwandfreien Mutter, welche mit dem begabten, phantasiereichen Knaben übertriebenen Zukunftplänen nachhing. Fr. schreibt einmal aus der Anstalt an seine Mutter: „Du mußt sie alle verloren geben, die bunten Träume, die Du hattest, mußt sie alle sterben lassen Deine stolzen Hoffnungen, aber eins bleibt uns doch, Hand in Hand werden wir gehen vielleicht inniger noch mit und neben einander als früher.“ Daraus ergibt sich mindestens eine recht weit gehende Ideen- und Wunschgemeinschaft. Inwieweit die hochfliegenden Pläne dem Sohne von der Mutter induziert sind, ist, nach diesen Worten zu urteilen, gar nicht abzusehen, während der ruhig und abklärend einwirkende Vater einen großen Teil des Jahres auf Dienstreisen abwesend war. Die erste ausgesprochene Periode, in welcher die Fabelsucht eine gewisse Höhe erreichte, fällt in die Zeit vor dem Einjährigen-Examen, das 14. bis

16. Lebensjahr Fr.s, und man wird kaum fehl gehen, wenn man sie sich als akzidentell begünstigt von dem Einflusse der Pubertätzeit denkt, auf deren besondere Prädisposition, bestehend in erhöhter Phantasietätigkeit, Reizbarkeit und Suggestibilität der Psyche, jüngst nach *Vogt* in diesem Zusammenhange hingewiesen hat. Aber die Einwirkung der den jungen Menschen umgebenden lebendigen Wirklichkeit, die ihn täglich und stündlich zur Anerkennung der einfach-bürgerlichen Verhältnisse des Elternhauses zwang, hielt ihn zunächst fest und ließ ihn noch nicht den Boden verlieren. Anders in der Musenstadt; kaum war er ganz auf sich selbst gestellt und durfte in völlig neuer Umgebung schrankenlose Freiheit genießen, da ging auch sofort seine Phantasie mit ihm durch und erreichte in kürzester Frist die Kraft der Autosuggestion. Die mit der Mutter gesponnenen Träume von hohen Beamtenstellen und Ministerportefeuilles tauchten alsbald auf, die Großmannsucht kam zu der Selbstüberschätzung unausbleiblich hinzu, und eines Tages war der Graf, der Schwindel, fertig. Wie Fr.s von Jugend auf bestehende Neigung, sich in eine Persönlichkeit seiner Phantasie hineinzuträumen, eben nur des Wegfalles der hemmenden Momente der Umgebung bedurfte, um die realen Konsequenzen zu ziehen, geht mit außerordentlicher Klarheit aus dem Inhalt einiger niedergeschriebener Selbstbetrachtungen hervor, die noch aus der im Elternhause verlebten Zeit stammen, und die der Vater aufgehoben und auf Nachfrage zur Verfügung gestellt hat. Fr. schreibt da:

Meine Phantasie ist zu stark, sie läßt sich von keiner Wirklichkeit einschränken, und meine Energie ist zu schwach, um wenigstens einmal einen Traum zu realisieren. Dabei ist der Gedanke, daß ein Ideal nicht da sei um es zu verwirklichen, sondern nur um daran zu glauben, für mich nicht einmal ein Trost, da mir auch der Glaube fehlt. So ist die Wirklichkeit für mich nur ein Schatten, weil ich sie nicht zu leben vermag, und der Traum, an den ich nicht glauben kann, wird mir immer zerreissen. Die Tragik oder Komik meines Schicksals liegt also in dem ständigen Kampfe zwischen Realität und Phantasie. Im Leben läßt mich die Willenskraft und im Traume die Einbildungskraft immer gerade im entscheidenden Augenblicke im Stich. Ich bin zu vernünftig, um immer an meine Träume glauben zu können, und doch ist mir das Leben das Opfer meiner Phantasie nicht wert. .... Es kommt die Erkenntnis, daß Alles zusammentönen müsse in eine riesige Symphonie, deren brausender Klang von der Erde zum

Himmel hinanschwellen müsse, und der Wecker dieser Harmonien, der Poseidon in diesem Meere der göttlichsten Melodien, der mit dem Dreizack alles dies aufgerührt, ist man selbst, und das Wogen und Wallen wird stärker, das Klingen berauschender, die Erde versinkt und die Sterne blinken, der Dreizack entfällt den Händen, und die Phantasie beherrscht den der sie gebar solange, bis sie ihn himmelhoch herabfallen läßt — eine schrille Dissonanz, und es ist wieder einmal vorüber. — Und was nützt alles Ernüchtern, was nützt es wenn das Leben mir noch so viel nimmt, der Traum gibt mir ja alles tausendfach wieder, was vermag es, wenn ich in Wirklichkeit das Schönste verliere, finde ich doch in meiner Phantasie alles noch unendlich viel schöner, abgeklärter, harmonischer.... Meine Fähigkeit einen Gedanken für wirklich lebend ausgeführt zu halten ist leider zu groß, um mir genügend Gefühl für die Grenze zwischen Sein und Schein zu lassen..... Anfangs beherrschen meine Phantasien mich nur minutenweise, dann stündlich, schließlich gehe ich Tage und Wochen lang wie ein Nachtwandler durch das Leben, ganz angefüllt von dem Reichtum meiner inneren Welt, schwelgend in dem Übermaße von Gedanken, Vorstellungen und Möglichkeiten... Der Grundgedanke ist immer der: Ich bin in jungen Jahren in eine hohe unabhängige Stellung gekommen, die in meine Hand die Macht über viele Menschen und viel Geld legt. Nun arbeitet meine Einbildungskraft unausgesetzt, diese Situation zu detaillieren, sie geht soweit, sich jeden Gegenstand und jede Person meiner Umgebung genau zu präzisieren, meine Tätigkeit zu jeder Stunde des Tages genau nachzurechnen.... und so beschäftige ich mich während meines Traumzustandes jeden Tag viele Stunden mit dem Nachdenken über staatswissenschaftliche, historische, soziale, politische, finanzielle und organisatorische Fragen; im Hinblick darauf lese ich Zeitungen, excerpiere Bücher, knüpfe fachmännische Gespräche an, kurz, ich tue alles, als ob ich tatsächlich eine Riesenverantwortung hätte. So erträume ich einen Zustand, der in seiner Universalheit unmöglich ist, mich aber mit aller Kunst und Wissenschaft in Berührung bringt, was mich bei normalen Zeiten in meiner Tätigkeit zersplittert, mich mutlos und verzweifeln macht und mich schließlich doch wieder zur Phantasie fliehen läßt, es ist wie eine unzerreißbare Kette. Ich muß mit mir zufrieden sein können so wie im Traum, dann bin ich gerettet, d. h. ich muß etwas Bedeutendes schaffen. Und wenn ich zu der Überzeugung komme, daß mir das nie gelingen kann, weil ich vielleicht nur das Zeug zum Träumen, nicht aber zum Sein habe, dann bin ich verloren.... Die ewige Zweiteilung ist es, die mir das Leben so schwer und mich so unsagbar nervös macht.

Klingen diese Worte nicht wie eine Apologie? Trotz der starken Neigung zum Phrasenhaften muß man anerkennen, daß er den Kern seines psychischen Zustandes richtig erfaßt hat und seine Folgen im



großen und ganzen wenigstens ahnt. Es fällt ein helles Licht auf das Vorhandensein des doppelten Bewußtseins, auf den Widerstreit zwischen Wunsch und Wirklichkeit, „zwischen Phantasie und Realität", „Schein und Sein"! Er war seinerzeit auch vor sich selber der Graf, der Doctor juris, der vermögende Fabrikbesitzerssohn, die Stimme der Wirklichkeit war überschrieen, nur in der Einsamkeit regte sie sich, ohne durchdringen zu können. Alle seine Handlungen tragen den Charakter der Selbstverständlichkeit, es mußte alles so sein, die Allüren und Äußerlichkeiten kommen ihm nur so zugeflogen, er lebt in seiner Idee, seine Persönlichkeit ist umgewertet in der Richtung seines phantastischen Wunsches. Keine Furcht vor Entdeckung legt ihm Schranken an, daher das Imponierende und Sichere seines Auftretens. Zweck und Ziel, am Maßstabe des Gesunden gemessen, fehlen gänzlich, nicht den geringsten tatsächlichen Vorteil kann er aus all seinem Schwindel ziehen, und aus diesem Grunde verbietet es sich auch, von Simulation zu sprechen, was ferner aus seinem Verhalten erhellt, welches er zur Schau trägt, wenn er zur Verantwortung gezogen wird. Alles Geschehene gesteht er sofort ein, aber er erwacht wie aus einem hypnotischen Schlafe. Seine Erinnerung ist traumhaft. Wie alle seine Handlungen mehr durch die Idee als durch die Vorteile der Rolle motiviert wurden, das belegen auch die Worte seines Leibkutschers: „Man konnte dem jungen Herrn nicht böse sein, er hatte nichts von seinem Gelde, wollte immer nur andern helfen und Gutes tun." Die Periodizität der krankhaften Zustände ist mühelos erkennbar. Die erste Periode fällt in die Schulzeit, die zweite in das erste Semester 1908, die dritte ins Wintersemester 1908/09, die vierte in den Sommer 1909. Die Perioden setzen ziemlich unvermittelt ein, begünstigt durch äußere Umstände, die in dem Wegfall der hemmenden Momente zu suchen sind, und endigen jedesmal sofort beim Eingreifen von außen. Wir finden in den Perioden überall mit außerordentlicher Klarheit den Charakter der Pseudologia phantastica in dem vorher skizzierten Sinne ausgebildet, sie ist im Falle Fr. mehr als bloßes Symptom, sie füllt sein ganzes psychisches Sein aus. Die krankhafte Anlage Fr.s und ihre Entwicklung an sich führte von Kindheit her Schritt für Schritt und unaufhaltsam mit innerer Notwendigkeit zur endlichen Ausbildung der Pseudologia phantastica, er ist mit ihr und sie mit ihm groß geworden, und die fortschreitende Änderung der

äußeren Verhältnisse mit zunehmendem Alter mußte auch in der Pseudologie andere expansivere Formen bilden; somit ist die Persönlichkeitsfälschung mit ihm erwachsen, nicht erst durch später auftauchende verbrecherische Impulse wachgerufen worden. Nicht ohne besondere Erwähnung als von frühester Jugend auf bestehend dürfen die Kopfschmerzen bleiben, welche man mit *Stemmermann* als beinahe pathognomonisch für die Pseudologia phantastica ansehen darf.

Unter diesen Umständen konnte man nicht lange schwanken, Fr. unter den Schutz des § 51 zu stellen. Er ist ohne Zweifel eine für den selbständigen Lebenskampf minderwertig ausgerüstete Persönlichkeit, deren Unterliegen in diesem Kampfe darum nicht mit der ganzen Schwere des Gesetzes geahndet werden durfte. Er ist keine Verbrechernatur, sondern ein Phantast. Wollte man daraus, daß die Perioden jedesmal endigen oder wenigstens ihren extrem krankhaften Charakter verlieren, wenn ein Eingriff von außen erfolgt, den Schluß ziehen, daß dadurch ihre pathologische Eigenschaft widerlegt sei, so würde das nur eine völlige Verkennung des Wesens der Pseudologia phantastica überhaupt bedeuten, die bei dem Nebeneinanderbestehen des wunschgemäßen und wirklichen Persönlichkeitsbewußtseins immer das stärker Betonte in den Vordergrund treten läßt. Die Quelle der stärkeren Betonung ist aber einerseits die ungehemmte aktive Phantasie, anderseits das nachdrückliche Geltendmachen der Realität, und dieses muß primär von außen geschehen, wie jeder Eindruck des Tatsächlichen von außen kommen muß, und kann erst dann selbständig weiter erhalten und verarbeitet werden, nachdem die Phantasie verdrängt ist. Umgekehrt ist es ebenso. Und aus diesem kausalen Wechsel resultiert dann die Periodizität. Liefe das phantastische Bewußtsein trotz aller äußeren Beeinflussung weiter, dann wäre es ein Leichtes, auf eines der anerkannten Krankheitbilder zu judizieren, etwa auf Paranoia oder Manie; aber gerade das zwischen Realität und Einbildung Labile eines psychischen Charakters will die „Pseudologia phantastica" bezeichnen, keinen fixen Wahn, sondern das Balancieren zwischen Einsicht und Phantasie bei hochgradigem Mangel an Selbstregulierungfähigkeit. Gewiß ist es nun richtig, daß die menschliche Gesellschaft vor einem Manne wie Fr. als einem Schädling geschützt werden mußte, so lange er Schaden anzurichten geeignet war, keinesfalls aber durfte dies durch



Verhängung einer Freiheitsstrafe geschehen, welche, abgesehen davon, daß sie einen nicht voll Verantwortlichen getroffen hätte, von vornherein eine Existenz vernichten mußte, deren weitere günstigere Entwicklung durchaus möglich erscheinen durfte in Anbetracht dessen, daß die erste krankhafte Periode während der Schulzeit unter dem Einflusse beschränkender äußerer Verhältnisse, ohne weiteren Schaden anzurichten, ablaufen konnte. Der Abschluß der Entwicklungsjahre, deren Dauer auf psychischem Gebiet eine unendlich verschiedene ist, kann sehr wohl ein endgültiges Überwiegen der Intelligenz und damit des Wirklichkeitbewußtseins über die labile Phantasietätigkeit mit sich bringen. Und darum ist auch eine Norm für die Behandlung solcher in dem Grenzgebiet zwischen Gesundheit und Krankheit liegender Fälle unmöglich zu schaffen, das Urteil muß von Fall zu Fall gebildet werden, zumal bei jugendlichen Individuen, wo, wie bei Fr., oft auch noch eine falsche Erziehung angeborene krankhafte Keime künstlich mit zur Entwicklung brachte. Vor allem aber dürfen irgend welche Konzessionen im Interesse der öffentlichen Meinung auf Kosten des ärztlichen Gewissens, weil es Mode geworden ist, den psychiatrischen Sachverständigen anzugreifen, und weil der Laie seiner wissenschaftlichen Überzeugung nicht zu folgen vermag, unter keinen Umständen gemacht werden. Und so lange ferner geeignete Zwischenanstalten etwa erziehlichen Grundcharakters ohne entehrenden Beigeschmack nicht existieren, darf für derartige Fälle nur bei einwandfreier Überzeugung des Sachverständigen die Strafanstalt in Frage kommen, für alle übrigen die Irrenanstalt, wenn Besserung oder Heilung nicht die Freilassung ermöglichen. Die in der Öffentlichkeit oft wiederholte Forderung, solche Individuen um jeden Preis „möglichst lange unschädlich zu machen", d. h. einzusperren, kann vom Standpunkte der Rechts- und Sicherheitspflege als berechtigt verstanden werden, keineswegs aber darf sich der Sachverständige dadurch verleiten lassen, seinerseits nach irgendeiner Richtung hin der Rechtsprechung die Hand führen zu wollen.

Differentialdiagnostisch kommen in unserem Falle paranoide Zustände, periodische Manie und Hysterie in Frage. Die erstgenannten kann man wohl angesichts der uneingeschränkten Krankheiteinsicht, der ausgesprochenen psychischen Zweiteilung und des Fehlens jeglicher halluzinatorischer Züge ausschließen; gegen die Annahme einer

manischen Erkrankung, auf welche die Periodizität hinzuweisen scheint, läßt sich anführen, daß die eigentlichen manischen Charakteristika außer dem gehobenen Selbstgefühl, nämlich die euphorische Grundstimmung, die Hast, Ideenflucht und Ablenkbarkeit, am Ende auch die in diesem Falle naheliegende Neigung zu Exzessen in baccho et venere gänzlich fehlen, im Gegenteil waren ruhige, gemessene Bestimmtheit und scheinbare Folgerichtigkeit die äußere Signatur seines Verhaltens. Im Hinblick auf die spezifische erbliche Belastung und das manchmal doch Theatralisch-Posenhafte seines Wesens läßt sich einige Berechtigung, den Fall unter die Hysterie zu rechnen, nicht von der Hand weisen, wenn auch körperliche Stigmata vollkommen fehlen, denn die verhältnismäßig geringen nervösen Symptome bieten nichts Spezifisches. Auch glaube ich bei der immerhin geringen und unvollständigen Bewußtseinstörung während der Perioden nicht, daß man in ihnen eigentliche Dämmerzustände vor sich hat. Die prämonitorischen Kopfschmerzen und der mehrfach zutage getretene Wandertrieb könnten auf eine hysterisch fundierte, schubweise verlaufende Dementia praecox deuten, doch wurde eine Einbuße an Intelligenz und Urteilskraft nach Ablauf der Erscheinungen durchaus nicht festgestellt, bei der Jugend des Patienten dürfte es richtig sein, sich in dieser Richtung hin diagnostisch nicht festzulegen. Richtig und erschöpfend trifft man m. E. die Sache mit der Diagnose der P s e u d o l o g i a p h a n t a s t i c a p e r i o d i s c h e r F o r m, in welchen Begriff die degenerative Grundlage, sei sie hysterischer Natur oder nicht, als von vornherein mit einbezogen zu gelten hat.

Neben den mehrfach erwähnten, im Falle Fr. wiedergefundenen allgemeinen Gesichtspunkten der Pseudologia phantastica tritt bei ihm — als Folge der weitgehenden Krankheiteinsicht — der feste Wille und Glaube, seine Krankheit zu überwinden, in den Vordergrund, und damit kommen wir zur P r o g n o s e: Der psychopathische Grundcharakter einer Persönlichkeit kann selbstverständlich durch die beste Anstaltbehandlung nicht unterdrückt werden, aber einer Hoffnung kann man im Falle Fr. wohl Raum geben, nämlich der, daß nach Ablauf der letzten Periode der jähe Schiffbruch aller seiner phantastischen Träume — um in seiner Sprache zu reden —, der tiefe Abgrund, in den ihn das gänzliche Verlieren des Wirklichkeitbewußtseins schauen ließ, und die handgreifliche Nähe seines Schicksals, bestehend



in dauernder Anstaltinternierung, sobald die Krankheit wiederkommen sollte, am Ende doch einen erziehlichen Einfluß von einigem Nachhalt auf ihr ausgeübt haben. Seine Intelligenz dürfte ihm dabei zu Hilfe kommen. Als Heilerfolg freilich gering genug, aber doch das Einzige, was zu erreichen war. Dieser Erfolg muß in seiner Wirkung aufrecht erhalten werden durch den ständigen Kontakt Fr.s mit der Wirklichkeit, d. h. mit Menschen, die ihn und seine Verhältnisse genau kennen, damit ihm dadurch der Kontrast zwischen Phantasie und Wirklichkeit, wenn er wieder undeutlich zu werden droht, rechtzeitig zum Bewußtsein kommt und er gegebenenfalls in einer Anstalt Schutz sucht. Diese Bedingung ist, soweit es möglich war, erfüllt worden dadurch, daß Fr. gemeinsam mit seinem inzwischen matur gewordenen jüngeren Bruder haust und wirtschaftet; sie studieren beide auf der gleichen Universität, Karl Fr. sein geliebtes Jus. Seit einem Jahre geht es gut, alles weitere muß die Zukunft lehren.

Literatur.

Delbrück, Die pathologische Lüge und die psychisch abnormen Schwindler, Stuttgart, Enke 1891.

Fürstner, Die Zurechnungsfähigkeit der Hysterischen. Diese Ztschr., Bd. 55, 1898, S. 790.

Longard, Ein forensisch interessanter Fall, Pseudologia phantastica. Diese Ztschr. Bd. 55, 1898, S. 88.

Deiters, Beitrag zur gerichtsärztlichen Beurteilung der höheren Stufen der Imbezillität. Diese Ztschr. Bd. 56, 1899, S. 135.

Redlich, Beitrag z. Kenntnis d. Pseudologia phantastica. Diese Ztschr. Bd. 57, 1900, S. 65.

Brückner, Zur Pseudologia phantastica, Inaug. Diss. Rostock 1903.

Jörger, Beitrag z. Kenntnis der Pseudologia phantastica, Vierteljahrsschrift f. gerichtl. Medizin 1904, 27, Supplementb. S. 189.

Stemmermann, Beitrag zur Kenntnis u. Kasuistik der Pseudologia phantastica, Inaug. Diss. Berlin 1906.

Meyer, Pathologische Schwindler im geistlichen Gewande, Der katholische Seelsorger 1905, Heft 5 u. 6. Paderborn, Schöning.

Vogt, Jugendliche Lügnerinnen, Zeitschrift zur Erforschung des jugendlichen Schwachsinnes usw. 1910, Bd. III, Heft 5.

Binswanger, Die Hysterie.

Ziehen, Psychiatrie.



Ausbreitung und Zusammenschluss der Hilfsvereine.

Von

Dr. **Klinke**, Direktor der Prov.-Heil- u. Pflegeanstalt Lublinitz.

Über Wesen, Zweck und Bedeutung der Hilfsvereine für beurlaubte oder entlassene Geisteskranke herrschen nicht nur in Laienkreisen noch völlig unrichtige und unzureichende Vorstellungen, sondern es wird diesen Vereinsbestrebungen leider auch seitens der Fachkollegen nicht überall die nötige Aufmerksamkeit und Unterstützung zuteil, die diese Art der Irrenhilfspflege durchaus verdient. Es geht den Hilfsvereinen in ihren Bestrebungen vielfach ähnlich wie den vielerorts noch immer nicht gewürdigten Bestrebungen um Ausbreitung der Familienpflege. Man faßt solche Arbeit als Lappalie auf, man begegnet der Familienpflege mit Mißtrauen, mit falschen Vorurteilen, man macht oft gar keinen Versuch oder läßt sich bald wieder abschrecken, in der Befürchtung, daß die Hinausgabe von Kranken dem Anstaltbetriebe Schaden zufügen könne. Man denkt nur an die bestehenden Anstalten, nicht an deren Entlastung, ebenso wie man sich um das Schicksal beurlaubter oder entlassener Kranker oft keine Sorgen macht. In einzelnen Provinzen bestehen überhaupt noch keine derartigen Vereine, selbst aber dort, wo solche schon existieren, ist die Mitgliederzahl meist gering und dementsprechend auch die Hilfsbereitschaft nicht eine derartige, wie sie bei genügend vorhandenen Geldmitteln und möglichster Hilfe durch zahlreiche Vertrauensmänner sein könnte. Eine rühmende Ausnahme macht der Hessische Hilfsverein, den *Ludwig* 1874 gründete. Neuerdings hat freilich auch der Hilfsverein der Rheinprovinz, der erst 1900 gegründet wurde, sich erheblich entwickelt; auch in Baden, wo ein Verein seit 1872 besteht, beginnt in letzter Zeit eine regere Tätigkeit, dagegen



haben die anderen bestehenden Vereine, wie es scheint, an Mitgliederzahl gar nicht oder wenig zugenommen, auch sind seit 1900 neue Vereine zu den bestehenden Vereinen nicht mehr hinzugekommen.

Der älteste Verein bildete sich nach einer Zusammenstellung in dem Buche von *Laehr* (Heil- und Pflegeanstalten) 1829 in Wiesbaden, dann folgte 1842 Elsaß, 1869 Hamburg. In dem Zeitraum zwischen 1870—1880 folgten Niederbayern, Westfalen, Baden, Berlin, Brandenburg, München, Hessen, Schlesien, 1880 dann Klingenmünster, 1884 Eichberg, 1889 Sachsen-Meiningen, darauf 1895 Württemberg, 1897 Weilmünster, 1900, wie bereits erwähnt, Rheinprovinz.

Vorbildlich ist der Hessische Verein, der über 300 Vertrauensmänner hat, selbst in den kleinsten Ortschaften. Durch Ansammlung eines erheblichen Grundvermögens und namhafter jährlicher Unterstützungen ist es möglich, nicht nur die Kranken selbst, sondern auch deren Angehörige zu unterstützen, die nach der Verbringung der Kranken in die Anstalt in Not geraten. Gerade letztere Tätigkeit erscheint mir besonders wertvoll, da die Ortsarmenverbände, nachdem sie für den Kranken sorgen müssen, für die Angehörigen kaum noch etwas übrig haben; ist der Kranke berechtigt zum Empfang einer Rente, dann dauert es oft monatelang, ehe die Rente bewilligt wird, oder dieselbe wird von der Verwaltung für Verpflegung des Kranken einbehalten. Ein kräftiges Eingreifen des Vereins in derartigen Fällen ist jedenfalls ganz besonders wohltuend, nicht nur für die Angehörigen, sondern auch für den Kranken in der Anstalt, der dann sich eher beruhigt und nicht so hinausdrängt, als wenn er seine Familie in bitterer Not zurückgelassen weiß. In dem Bericht der Anstalt Hofheim aus dem Jahre 1904 heißt es (Seite 97): „Wie vielen entlassenen Kranken wurde durch die Unterstützung der Rücktritt in das öffentliche Leben geebnet, wie vielen nicht mehr voll Leistungfähigen wurden und werden dadurch die Existenzbedingungen erleichtert, wie viele Angehörige, denen der Ernährer oder die Ernährerin durch Verfall in Geisteskrankheit geraubt wurde, konnten durch die stete Hilfsbereitschaft des Vereins vor völliger Verarmung, vor bitterstem Elend bewahrt bleiben.“ Nach der Idee Ludwigs sollen die Vertrauensmänner, die über das ganze Land verteilt sind, nicht nur Geldsammler sein, sie sollten auch die Irrenanstalt im Volke populär machen, indem sie das Volk über die leider noch so vielfach verbreiteten falschen Ansichten betreffend die Irrenpflege aufklären und belehren, den Angehörigen bei nötig werdender Aufnahme von Kranken in die Anstalt richtige Anweisung geben, auch zur Beschaffung von tüchtigem Wartepersonal beitragen und dgl. mehr.

Ludwig war ein glänzender Organisator, und seinem Geschick verdankt Hessen die vorzügliche und ausgedehnte Irrenhilfsvereinstätigkeit. Sollte es nicht möglich sein, auch anderwärts ähnliche Erfolge zu erzielen?

Hessen ist erheblich kleiner wie Schlesien, das gegenwärtig fast 6 Millionen Einwohner zählt. Ich habe daher bereits im Jahre 1905 den Vorschlag



gemacht, die Provinz entsprechend den vorhandenen 10 Irrenanstalten in eine größere Anzahl von Arbeitsektionen zu teilen, um die Tätigkeit des Vereins zu erleichtern und neue Mitglieder, insbesondere Vertrauensmänner zu gewinnen. Der Anstalt Lublinitz sind die 5 Kreise Lublinitz, Tarnowitz, Beuthen, Kattowitz (mit Königshütte) und Zabrze als Arbeitgebiet zugefallen und es ist gelungen, in allen Kreisen neue Mitglieder zu gewinnen. Das Arbeitgebiet ist enorm groß, dicht bevölkert und zählt, wenn man die größeren Orte, an denen Ärzte sitzen, zusammenrechnet, gegen 700 000 Personen. Da die Kommunen bereits erhebliche Aufwendungen für ihre zahlreichen Kranken machen müssen, da die Knappschaften ebenso für ihre Mitglieder sorgen und, dem Zuge der Zeit entsprechend, die wohlhabendere Bevölkerung von den verschiedensten mildtätigen Vereinen um Beiträge angegangen wird, so ergibt sich, wie schwer es ist, durch schriftliche Aufforderungen allein neue Mitglieder anzuwerben. Der wirksamste Weg, durch Vorträge an größeren Orten unter Zuhilfenahme des Projektionsapparates den Verein bekannt zu machen und auf diese Weise neue Mitglieder zu gewinnen, konnte leider noch nicht beschritten werden, da es mir noch an einem Projektionsapparat mangelt. Gelegentliche Artikel in einzelnen Zeitungen mit kurzen Hinweisen auf die Zwecke und Bestrebungen des Vereins haben bisher gar nichts gefruchtet. Bei den vielen reichen Leuten in Oberschlesien, insbesondere auch den großen Aktiengesellschaften und Großindustriellen hoffe ich auf größere Beiträge. Ludwig ging den umgekehrten Weg und es kam ihm nicht auf die Höhe der Beiträge, sondern auf möglichst viele Geber an. Er übermittelte den Vertrauensmännern neben einer genauen Geschäftsanweisung eine größere Anzahl von Jahresberichten zur Verteilung, und wie tüchtig die Vertrauensleute in Hessen gearbeitet haben, ergibt die hohe Mitgliedziffer des Vereins, die 60 000 Geber im Jahre 1904 fast erreicht hatte.

Die möglichste Ausbreitung der Hilfsvereine kann nicht nur das Verständnis für unsere armen Geisteskranken verbreiten helfen, die Vereine können auch unendlich viel für hilfsbedürftige Kranke (woran kein Mangel ist) und für die armen Angehörigen derselben tun. Deshalb würde ich es mit Freuden begrüßen, wenn auch in Provinzen, in denen Hilfsvereine noch ganz fehlen, sich Vereine solcher Art bilden, die sich die Erfahrungen der anderen bestehenden Vereine, insbesondere die vorbildlichen Einrichtungen des Vereins in Hessen zunutze machen. Das wesentlichste Erfordernis ist es, unter Lehrern, Geistlichen, Ärzten, Krankenschwestern usw. hilfsbereite Personen zu finden, die das Amt von Vertrauenspersonen übernehmen, die Jahresberichte verteilen, bei der Aufnahme von Kranken in die Anstalten mitwirken und dem Verein neue Mitglieder zuführen. Dann gilt es,

diese Vertrauensmänner öfter in einzelnen Sektionen zu versammeln, ihnen die Anstalteinrichtungen zu demonstrieren und auf diese Weise dieselben weiter mit der Irrenpflege vertraut zu machen. In Hessen finden solche Vertrauensmännertage in Hofheim, in Heppenheim und in Gießen statt, während daneben noch Generalversammlungen abwechselnd alle 5 Jahre in den großen Provinzialstädten abgehalten werden.

Neben diesem Wunsche einer möglichst weiten Ausbreitung der Hilfsvereine bringe ich für die bereits bestehenden Vereine dieser Art an dieser Stelle in Vorschlag, sich zu gegenseitiger Unterstützung und Hilfe zusammen zu schließen. Natürlich wird und muß die eigentliche und engere Vereinstätigkeit auf ihr besonderes, meist nach Provinzen oder Regierungsbezirken oder Kreisen abgeteiltes Arbeitgebiet beschränkt bleiben, es können aber sehr wohl die einzelnen benachbarten Vereine wenigstens sich zur Hand gehen durch Austausch der Berichte, Überlassung von Vortragsmaterial, von Projektionsbildern, größere Vereine können kleinere oder erst im Entstehen begriffene Vereine unterstützen, ihnen ihre Jahresberichte übersenden, Ratschläge oder Unterweisung und beste Auswahl unter den Vertrauensmännern mitteilen u. dgl. Auch die Schaffung einer Wohlfahrtmarke, von Wohlfahrtpostkarten, Veranstaltung von Geldlotterien wäre im Auge zu behalten. Im Anschluß an die Sitzungen des Deutschen Vereins für Psychiatrie könnten die anwesenden Vertreter und Mitglieder der bestehenden Hilfsvereine zu einer kurzen Sitzung zusammentreten.

Meine Vorschläge mögen manchen Fachkollegen als überflüssig und verfrüht erscheinen, ich bin aber überzeugt, daß die Tätigkeit der bestehenden Vereine, ähnlich wie die Familienpflege Geisteskranker, eine viel erheblichere Ausdehnung zuläßt und auch erhalten muß, denn je lebhafter Aufnahme- unn Entlassungsverkehr wird, um so öfter wird man Beurlaubten oder Entlassenen und hilfsbedürftigen Kranken sowie deren Angehörigen beispringen müssen. Die Beurlaubung oder Entlassung ist tatsächlich oft nur abhängig von einer reichlichen, dem Kranken durch einen geeigneten Vertrauensmann übermittelten Geldunterstützung. Auch unsere großen und immer noch größer werdenden Anstalten langen schließlich nicht mehr zu, sie müssen entlastet werden durch Familienpflege in der Nähe der

bestehenden Anstalten und durch Pflege in der eigenen Familie bzw. in dem Heimatort durch passende Geldunterstützung. Je mehr und segensreicher die bestehenden Hilfsvereine Hilfe bringen und zu helfen imstande sind, um so eher werden sich hoffentlich in Provinzen, wo Hilfsvereine noch nicht existieren, hilfsbereite Männer finden, die neue Vereine ins Leben rufen. Und je energischer sich alle derartigen Vereine zusammenschließen, um so größer wird der Erfolg für das Ganze sein, dem wir zustreben: Hilfe den Geisteskranken innerhalb und außerhalb der Anstalt, Entlastung der Anstalten und Ausbreitung der Kenntnisse des Irrenwesens, um alte Vorurteile endgültig zu zerstören.

Verhandlungen psychiatrischer Vereine.

Bericht über die Jahresversammlung des Deutschen Vereins für Psychiatrie zu Stuttgart am 21. und 22. April 1911.

Die Sitzungen wurden im großen Hörsaale des neuen physikalischen Instituts der technischen Hochschule abgehalten, der uns in liebenswürdiger Weise zur Verfügung gestellt worden war.

Anwesend: *Ackermann*-Sonnenstein, *Adams*-Johannistal, *Ahrens*-Teupitz, *Alter*-Lindenhaus, *Aschaffenburg*-Cöln, *Backenköhler*-Aplerbeck, *Banse*-Lauenburg, *Barbo*-Pforzheim, *Becker*-Baden Baden, *Beetz*-Tübingen, *Berliner*-Gießen, *Binswanger*-Kreuzlingen, *Bischoff*-Langenau, *Böß*-Wiesloch, *Bonhoeffer*-Breslau, *Boumann*-Amsterdam, *Bräuner*-Lüneburg, *Brodmann*-Tübingen, *Buchleberg*-Merzig, *Buder*-Winnental, *Bumke*-Freiburg, *Busch*-Tübingen, *Camerer*-Stuttgart, *Chotzen*-Breslau, *Cohen*-Königslutter, *Cramer*-Göttingen, *Dannenberger*-Philippspital Darmstadt, *Dees*-Gabersee, *Delbrück*-Bremen, *Dubbers*-Allenberg, *Eik*-Weilmünster, *Eisen*-Kaufbeuren, *Encke*-Ückermünde, *Erlenmeyer*-Bendorf, *van Erp-Taalmann-Kipp*-Arnheim, *Escher*-Münsingen, *Falkenberg*-Lichtenberg-Berlin, *Faltlhauser* Erlangen, *Fauser*-Stuttgart, *Feldkirchner*-Regensburg, *Finckh*-Berlin, *Frank*-Zürich, *Gallus*-Potsdam, *Gaupp*-Tübingen, *Gerling*-Merxhausen, *Giese*-Haina, *Groß*-Rufach, *Groß*-Schussenried, *Groß*-Stuttgart, *Großmann*-Nietleben, *Gutekunst*-Zwiefalten, *Haardt*-Emmendingen, *Haberkant*-Hoerdt, *Hagemann*-Nietleben, *Havermann*-Tapiau, *Heilbronner*-Utrecht, *Heinke*-Weilmünster, *Heise*-Landsberg, *Herfeldt*-Ansbach, *Hermkes*-Eickelborn, *Herrmann*-Würzburg, *Heveroch*-Prag, *Hoeniger*-Halle, *v. Hößlin*-Eglfing, *Holzen*-Wartsein, *Homburger*-Heidelberg, *Horwitz*-München, *Hübner*-Bonn, *Hügel*-Klingenmünster, *Isserlin*-München, *Jung*-Zürich, *Karrer*-Klingenmünster, *Kayser*-Dziekanka, *Kemmler*-Weinsberg, *Kern*-Kennenburg, *Kerris*-Galkhausen, *Ketz*-Conradstein, *Kleist*-Erlangen, *Klewe*-Emmendingen, *Kluge*-Potsdam, *Knörr*-Teupitz, *Köstlin*-Stuttgart, *Koste*-Eglfing, *Kraepelin*-München, *Krauß*-Kennneburg, *Kreuser*-Winnental, *Krimmel*-Zwiefalten, *Kundt*-Deggendorf, *Kurz*-Pfullingen. *M. Laehr*-Haus Schönow, *Hans Lähr*-Schweizerhof, *Landerer*-Andernach, *Landerer*-Göppingen, *Lan*-



derer jr.-Göppingen, *Lantzius*-Beninga-Weilmünster, *Lehmann*-Coswig, *Lehmann*-Dösen, *Levi*-Stuttgart, *Lilienstein*-Bad Nauheim, *Loewentahl*-Braunschweig, *Longard*-Sigmaringen, *Lullies*-Kortau, *Lückerath*-Bonn, *Maier*-Burghölzli Zürich, *Meyer*-Königsberg, *Meyer*-Königslutter, *Meyersohn*-Schwerin, *Moeli*-Berlin, *Möhrchen*-Ahrweiler, *Neißer*-Bunzlau, *Nestle*-Stuttgart, *Neuendorff*-Bernburg, *Oetter*-Ansbach, *Pappenheim*-Heidelberg, *Passow*-Kropp, *Peretti*-Grafenberg, *Petersen*-Brieg, *Pförringer*-Friedrichsberg, *Rabbas*-Neustadt W.-Pr., *v. Rad*-Nürnberg, *Rank*-Weißenau, *Ransohoff*-Stephansfeld, *Rehm*-Dösen, *Rehm*-Neufriedenheim, *Reichardt*-Würzburg, *Reiß*-Tübingen, *Richstein*-Neuruppin, *Riebeth*-Landsberg, *Römer*-Hirsau, *Roemer*-Illenau, *Rosental*-München, *Rühle*-Schussenried, *Scheitler*-Merxhausen, *Scherenberg*-Warstein, *v. Schleiß*-Löwenfeld-Gabersee, *Schmidt*-Sorau, *Schneider*-Eickelborn, *Schnitzer*-Kückenmühle, *Schnitzer*-Tübingen, *Scholinus*-Pankow, *Schotten*-Stetten i. R., *Schrottenbach*-Graz, *Schultze*-Greifswald, *Schwabe*-Plauen, *Seelig*-Lichtenberg-Berlin, *Seif*-München, *Selle*-Neuruppin, *Siemens*-Lauenburg i. S., *Snell*-Lüneburg, *Sommer*-Gießen, *Specht*-Erlangen, *Stagenburg*-Lüneburg, *Staiger*-Hohenasperg, *Steiner*-Straßburg, *Stoltenhoff*-Kortau, *Subotitsch*-Belgrad, *Tecklenburg*-Tannenfeld, *Thoden van Velzen*-Hilvarenbeek, *Tuczek*-Marburg, *Ungemach*-Eglfing, *Viedenz*-Eberswalde, *Vierzigmann*-Regensburg, *Vocke*-Eglfing, *Wachsmuth*-Eichberg, *Walser*-Ulm, *Wegner*-Niedermarsberg, *Weil*-Stuttgart, *Wendenburg*-Osnabrück, *Westfahl*-Bonn, *Wickel*-Obrawalde, *Wiehl*-Bonn, *Wildenrath*-Pützchen, *Wilmanns*-Heidelberg, *Wittermann*-Rufach, *Woernheim*-Sorau, *Zahn*-Stuttgart, *Zahnel*-Frankfurt a. M., *Zangger*-Zürich, *Zinn*-Eberswalde. 179 Teilnehmer.

Vorsitzender: *Moeli.* Schriftführer: *Reiß*, *Zahn.*

1. Sitzung: Freitag, den 21. April, vorm. 9 Uhr.

Der Vorsitzende *Moeli* begrüßt die zahlreich erschienenen Teilnehmer und gedenkt der im letzten Jahre verstorbenen Mitglieder und Kollegen: *Eisenhofer, Rob. Binswanger, Joh. Fritsch, König, Gottlob.* Die Anwesenden erheben sich zu Ehren der Verstorbenen.

Darauf wird die Versammlung im Namen der Regierung von Präsident *Nestle*, dem Vorstand des K. Medizinal-Kollegiums, von dem Direktor des physikalischen Institutes Professor *Koch* als Hausherrn und für die Stadt Stuttgart von Gemeinderat *Klein* herzlich begrüßt.

Es folgen dann geschäftliche Mitteilungen. Es liegt ein Antrag der Standeskommission vor betr. Einrichtung einer Rechtschutz- und Pressekommission, welche aus den beiden Berliner Vorstandmitgliedern besteht und nach Bedarf zusammentritt; die Kosten für die baren Auslagen der Kommissionsmitglieder, für die Abonnements auf Zeitungausschnitte und für die vielleicht nötig werdende Inanspruchnahme eines Rechtsanwaltes trägt die Vereinskasse.

Siemens führte zur Begründung folgendes aus:



M. H. Kollegen! Wie Sie aus der Tagesordnung ersehen, hat die Standeskommission in Sachen der Angriffe in der Presse, welche sich in der letzten Zeit wieder einmal etwas gehäuft hatten, einen Antrag formuliert, welcher, wie Sie ja gleich gemerkt haben, eine Art von Verlegenheitsprodukt ist. Sie wissen aus den Verhandlungen der Standeskommission über diesen Gegenstand, die in der Psychiatr. Neurolog. Wochenschrift (XII. Jahrg. Nr. 36 v. 3. XII. 1910) abgedruckt sind, welche Schwierigkeiten sich bei der Behandlung der Angelegenheit ergeben. Nun war die Standeskommission ja ursprünglich nicht zu diesem Zwecke gewählt und mit Rücksicht auf die ihr ursprünglich gestellten Aufgaben anders zusammengesetzt, als es für diesen Zweck vielleicht nötig gewesen wäre. Aber in der letzten Jahresversammlung unseres Vereins in Berlin erhoben sich viele Stimmen, welche forderten, daß gegenüber den Angriffen in der Presse etwas geschehe, und Herr *Alt* sprach davon, daß wir nicht schlafen sollten den Angriffen gegenüber. Man hat dann gesagt, die Standeskommission sei die Stelle, welche die Sache in die Hand zu nehmen habe. Um nun unseren Fleiß zu zeigen und um eine schlüssige Meinungsäußerung des Vereins herbeizuführen, wurde der Antrag, wie er auf der Tagesordnung steht, eingereicht.

Ich kann Ihnen aber selbst diesen Antrag nicht empfehlen. Er will zweierlei. Erstens den Rechtschutz. Die Ärzte der öffentlichen Anstalten sind ja meist Beamte, welche den Schutz der Gesetze über Beamtenbeleidigung usw. genießen. Werden sie ungerecht angegriffen, so wird ihre vorgesetzte Behörde für sie eintreten. Sie erinnern sich, daß dies vor einiger Zeit in einer der östlichen preußischen Provinzen geschehen ist. Diese Verhandlungen haben aber für die Psychiatrie nicht immer erfreuliche Momente; ein geschickter Anwalt und die weitgehende Rücksichtnahme der Gerichte für den kranken Angeklagten kann manchmal die Sache so drehen, als ob die Anstaltärzte nicht die Kläger, sondern die Angeklagten wären. Kurz es kommt oft wenig dabei von dem heraus, was für uns erwünscht ist.

Was die Presse anbelangt, so läßt sie sich nicht beschränken. Die Blätter glauben vieles bringen zu müssen, was sie anderswo finden, und das drucken dann die hunderte Zeitungen nach. Berichtigungen werden nur ungern gebracht, sie stehen versteckt und erregen kein Interesse. Unsere Kommission ist ja auch gar nicht legitimiert zum Verlangen von Berichtigungen. Sie ist eine ganz private Sache und kann, abgesehen davon, daß man sich in schwebende Gerichtsverhandlungen überhaupt nicht mischen kann und darf, weder Akteneinsicht noch Auskunft verlangen. Sie kann nicht Forderungen an die Presse auf Grund des Preßgesetzes stellen, da ja nicht sie als solche, auch nicht der Deutsche Verein für Psychiatrie als solcher der Angegriffene ist.

Die Standeskommission kann also nur die Beziehungen zur Presse im Auge behalten, Mißverständnisse aufzuklären suchen und dabei viel-



leicht auch ihr Augenmerk auf ungeeignete Veröffentlichungen von ärztlicher Seite richten. Ich schlage daher vor, daß Sie auf den gedruckten Antrag nicht weiter zurückkommen und die weitere Verfolgung der Angelegenheit der Kommission und dem Vorstand überlassen. Die Standeskommission muß in ihrer Zusammensetzung etwas ergänzt werden, darüber werden morgen Vorschläge gemacht werden.

Moeli als Vorsitzender empfiehlt die auch vom Vorstand einstimmig angenommene Rückverweisung des Antrags an die ergänzte Standeskommission. Er bemerkt noch, daß die Äußerungen der Presse keineswegs allgemein vom Gesichtspunkte der Abwehr zu betrachten seien. Es finden sich genug in ihren Motiven sehr anerkennenswerte Auslassungen, an denen wesentlich nur mißverständliche oder einseitige Auffassungen Widersprüche hervorrufen. Diese Mitteilungen haben für uns etwas belehrendes, sie zeigen uns, wo wir den Hebel anzusetzen haben, um ein Einverständnis mit denjenigen Kreisen herbeizuführen, auf deren Einsicht und Verständnis wir Wert legen. Wir werden also immer unterscheiden zwischen zu vernachlässigenden und solchen Äußerungen, die einer Verständigung zugänglich sind und uns über die Meinungen informieren, die wir im Interesse der Sache entgegennehmen werden.

Die Versammlung erklärte sich mit dem Vorschlage *Siemens* einverstanden.

I. Referat: Psychologische Untersuchungsmethoden.

1. Referent *Kraepelin*-München weist darauf hin, daß eine wissenschaftliche psychologische Untersuchung von Geisteskranken erst durch die Ausbildung einer experimentellen Psychologie möglich geworden, daß sie aber dennoch genötigt sei, ihre eigenen Wege zu gehen. Zunächst hat sie von wesentlich anderen Fragestellungen auszugehen, wie sie ihr durch die besonderen Bedürfnisse der Klinik vorgeschrieben werden. Sodann ist sie genötigt, mit vereinfachten Methoden zu arbeiten, die aber keine rohen sein dürfen. Vielmehr muß jedes Verfahren, das am Krankenbette brauchbare Ergebnisse liefern soll, vorher im Laboratorium mit allen Hilfsmitteln der wissenschaftlichen Technik und Methodik durchgearbeitet und erst dann derart vereinfacht werden, daß die Einbuße an Genauigkeit im einzelnen durch den Gewinn an praktischer Verwendbarkeit voll aufgewogen wird. Endlich bedarf die Klinik zur Verwertung der Untersuchungsergebnisse einer vorherigen Feststellung der Gesundheitsbreite; es müssen Massenuntersuchungen an gesunden Personen angestellt werden, um aus ihnen einen Maßstab für die Beurteilung des Krankhaften zu gewinnen. Als Aufgabe, die auf diesen Grundlagen zu lösen wäre, ergibt sich zunächst die möglichst allseitige Untersuchung des einzelnen Falles, die Aufnahme eines psychischen Status praesens, entsprechend dem Verfahren auf körperlichem Gebiete. Leider ist die Durchführung dieser



Arbeit vorderhand gänzlich unmöglich. Uns fehlen heute nicht nur für eine Reihe der wichtigsten Seelengebiete brauchbare Methoden, sondern auch dort, wo wir über solche verfügen, ist ihre Anwendung so zeitraubend und mühsam, daß an eine allseitige, befriedigende Untersuchung von Kranken in irgend größerem Maßstabe nicht zu denken ist. Endlich aber eignet sich überhaupt nur ein verhältnismäßig kleiner Teil unserer Kranken für umfassendere Prüfungen. Die Hauptaufgabe der psychologischen Methoden wird daher in der wissenschaftlichen Erforschung der Krankheitbilder zu suchen sein. Einmal wird die zahlenmäßige Ermittlung und Umgrenzung von Störungen auf diesen oder jenen Gebieten, der Vergleich verschiedener Krankheitzustände, die Verfolgung der Entwicklung und des Schwindens von Krankheiterscheinungen in Betracht kommen. Sodann wird es sich um die Untersuchung des psychologischen Aufbaues der einzelnen Zustandbilder handeln, um die Feststellung der sie zusammensetzenden Teilstörungen. Endlich kann auch die vergleichende psychologische Analyse solcher Krankheitzeichen in Angriff genommen werden, die trotz äußerer Ähnlichkeit doch eine verschiedene Entstehungsgeschichte und damit auch klinische Bedeutung besitzen. Auf diese Weise kann es gelingen, an manchen Punkten über die äußere Erscheinungsform hinaus in die wirklichen Grundstörungen einzudringen und damit auch für den einzelnen Fall diagnostische und prognostische Anhaltpunkte zu gewinnen.

Indessen, mit diesen Leistungen ist die Bedeutung des psychologischen Versuches für die Psychiatrie noch nicht erschöpft. Ihm fällt vor allem die wichtige Aufgabe zu, auf dem großen Zwischengebiete zwischen geistiger Gesundheit und Krankheit die Grenzen abzustecken, auf dem wir es nicht mit qualitativen, sondern nur mit quantitativen Abstufungen zu tun haben. Die Kennzeichnung der Psychopathen wird in befriedigender Weise nur durch Verfahren geschehen können, die Maßbestimmungen ermöglichen. Das ist um so leichter durchführbar, als gerade hier die persönlichen Schwierigkeiten der Untersuchung nur geringe sind. Insbesondere wird die psychologische Untersuchung krankhaft veranlagter Kinder geeignet sein, die Anhaltpunkte für eine vorbeugende Erziehung zu liefern. Das zweite psychologische Forschungsgebiet, das für die Psychiatrie hervorragende Wichtigkeit gewonnen hat, ist die Erzeugung künstlicher Geistesstörungen. Die messende Verfolgung aller jener Abweichungen, die wir durch körperliche und geistige Anstrengung, durch Nahrungentziehung, durch Nachtwachen und viele ähnliche Einwirkungen, namentlich aber durch Gifte, erzeugen können, gibt die wertvollsten Aufschlüsse über die ersten, leisen Erschütterungen des seelischen Gleichgewichts, die unter Umständen, wie beim Rausche, beim Alkoholismus, Morphinismus, die Einleitung wirklicher Geistesstörungen bilden können. Die auf diese Weise erzeugten klinischen Bilder setzen sich, ganz wie die Geisteskrankheiten selbst, zwar immer aus denselben Stö-

rungen zusammen, aber in stets wechselnder und für jede Art der Einwirkung kennzeichnender Form. Sie lehren uns, daß es keine pathognomonischen Krankheitzeichen, wohl aber pathognomonische Krankheitbilder gibt, und daß deren Aufbau durch die einwirkenden Ursachen bestimmt wird. Die einzelnen Gewebe und Mechanismen unseres Gehirns antworten auf Schädigungen immer in entsprechender Weise, aber der Angriffspunkt und die Ausbreitung der Schädigungen selbst ist überall verschieden. Gerade die Zergliederung der Krankheitbilder mit Hilfe des psychologischen Versuches wird uns somit vielleicht einmal ermöglichen, den Anschluß der Klinik an die topographische Rindenhistopathologie zu finden und damit der Lösung unserer letzten und schwierigsten wissenschaftlichen Aufgabe näher zu kommen, der Verknüpfung klinischer Krankheiterscheinungen mit krankhaften Hirnrindenveränderungen nicht nur bestimmter Art, sondern auch bestimmter Lokalisation.

2. Referent *Sommer*-Gießen gibt in gedrängter Kürze einen umfassenden Überblick über alle für die Psychiatrie in Frage kommenden psychologischen Untersuchungsmethoden, der sich bei seiner kompendiösen Fassung in einem kurzen Referate nicht gut wiedergeben läßt, so daß hier nur eine knappe Anführung der Hauptpunkte erfolgen kann. Dem Vortrage liegen die Forschungsresultate der letzten 11 Jahre zugrunde.

I. Darstellung der optischen Erscheinungen.

1. Verbesserung der photographischen Technik.
2. Kinematographie.
3. Stereoskopische Methoden,

wobei Vortr. besonders auf seine früher geschilderte Methodik der stereoskopischen Projektionen hinweist.

II. Ausdruckbewegungen. Hierunter möchte Vortr. alle Arten von Bewegungsvorgängen verstehen, die infolge von psychischen Vorgängen willkürlich oder unwillkürlich durch Vermittlung von Nervenleitungen zustande kommen, so daß darunter nicht nur Muskelbewegungen jeder Art auch bei vegetativen Organen, sondern auch die sekretorischen und die hautelektrischen Vorgänge fallen.

1. Dynamometrie, die nicht nur die maximale Arbeitleistung, sondern auch Arbeit- und Haltungskurven darzustellen hat (*Weilers* Apparat und Ergographenmethoden).

2. Experimentelle Physiognomik. Untersuchung der Gesichtsmuskeln: a) Stirnmuskeln (*Klett*), b) Augenmuskeln. Hier bedeutet die Methode von *Dodge* einen großen Fortschritt, der das Spiegelbild einer Lichtquelle im Auge benutzt, um auf photographischem Wege eine Kurve von der vollzogenen Bewegung zu gewinnen. Die Pupillenuntersuchungen kommen erst in zweiter Linie in Betracht. Sie haben vor allem klinisches Interesse. c) Darstellung des Lachens durch Anbringen eines kleinen Spiegels seitlich vom Mundwinkel, d. h. in der Gegend, die beim Lachen



nach außen gezogen wird. Doch geht die Untersuchung des Lachens über die der mimischen Muskulatur hinaus, da hierbei auch die Zwerchfellbewegungen eine wesentliche Rolle spielen.

3. Der Sprachvorgang. a) Lippenbewegungen, an deren Stelle viel besser eine Beobachtung der Kinnbewegungen träte. b) Stimmbandbewegungen (*Rousselot* und *Krüger*). c) Flüstersprache, deren photographische Registrierung nach *Garten* vermittelst kleiner Seifenblasen, die mit Stahlspänen überstreut sind, gelingt. d) Die phonographische Methode hat in den letzten 10 Jahren keinen Fortschritt zu verzeichnen, da den Aufnahmeapparaten noch die genügende Empfindlichkeit fehlt.

4. Die Körperhaltung wurde in letzter Zeit untersucht mit Hilfe der dreidimensionalen Methoden durch *Ermes, Alber, v. Leupoldt, Becker* u. a. Auch zur Untersuchung der Schrift hat die gleiche Methode in letzter Zeit Verwendung gefunden. Vortr. erwähnt besonders die Arbeit von *Delahay* über dunkle Linien in der Schrift, die sich gegenüber den meisten anderen graphologischen Veröffentlichungen durch das Bestreben analytischer Differenzierung auszeichne. Da gerade in diesem Gebiete skeptische und kritische Methodik vor allem notwendig sei, müsse öfter jüngeren Kollegen davon abgeraten werden.

5. Vasomotorische Methoden, die wegen der großen Bedeutung vasomotorischer Vorgänge für die Neurosen von ganz besonderer Wichtigkeit sind. Leider sind die sphygmographischen Methoden nicht ohne weiteres in die Psychiatrie zu übertragen, da schon minimale Veränderung der Fingerhaltung wesentliche Abweichungen der Pulskurve bedingen, und da es sich bei psychischen Störungen vielfach um Phänomene handelt, die in der kurzen Zeit der sphygmographischen Aufnahme gar nicht zur Erscheinung kommen. Vortr. hat daher den Puls in eine fortlaufende Tonreihe umgesetzt (Demonstration). Auch die plethysmographischen Methoden leiden an der Fehlerquelle, daß geringste Muskelinnervationen in ähnlicher Weise wie die vasomotorischen Veränderungen in Erscheinung treten. Sie auszuschalten hat Vortr. eine neue Methode in Bearbeitung, die aber noch nicht zu vollem Erfolge geführt hat.

6. Sekretorische Methoden, für die das Tierexperiment von *Pawlow* als vorbildlich bezeichnet werden muß. Beim Menschen spielen ähnliche Erscheinungen zweifellos eine große Rolle (An- und Hyperacidität bei Melancholie, nervöse Magenkrankheiten, Verdauungstörungen bei Depressionen usw.), nur daß wir noch nicht in der Lage sind, sie in der exakten Weise des Tierexperimentes darzustellen.

7. Hautelektrische Methoden. Die Ströme, welche bei Berührung der Haut mit Elektroden entstehen, kommen an den Berührungstellen zustande und zwar vorwiegend da, wo drüsige Organe vorhanden sind. Bei der psychophysiologischen Einwirkung handelt es sich einmal um indirekte Einwirkung von Ausdruckbewegungen. Dann aber erhebt sich als wichtigste Frage, durch welche psycho-physiologischen Vorgänge



hautelektrische Prozesse entstehen oder variiert werden können. Um rein physikalische Vorgänge auszuschließen, sind die Untersuchungsmethoden zu verbessern. Es ist das Saitengalvanometer zu verwenden und dann eine Versuchsanordnung herzustellen, wie sie der Vortr. angegeben hat, bei welcher der Körper der Versuchsperson nach Belieben in einem Stromkreis ein- und ausgeschaltet werden kann, um dadurch festzustellen, wie die Einschaltung eines Körpers auf das vorher gegebene Stromsystem wirkt. Die an den Berührungstellen mit den Elektroden entstehenden Ströme werden nun aus dem vorgenannten Stromkreise beliebig verstärkt oder paralysiert, so daß man ein Doppelsystem von einander entgegengesetzten und sich ausgleichenden Strömen erhält, das die verschiedensten Kombinationen erlaubt.

III. Reflexe.

1. Kniephänomene. Der *Weiler*sche Apparat hat Vorzüge, da die Winkelstellung des Unterschenkels genau aufgezeichnet werden kann. *Pfahl* hat die Untersuchung in Seitenlage vorgeschlagen, um das Eigengewicht des Unterschenkels auszuschalten, wozu bei den übrigen Methoden ein über eine Rolle geleitetes Gegengewicht dient. Bei starken Spasmen hat die Äquilibrierung durch Gewicht Schwierigkeiten. Soviel läßt sich heute schon aus den Reflexuntersuchungen erkennen, daß „sie mit den *Pawlow*schen Untersuchungen in der Wurzel zusammenhängen". „Es handelt sich darum, daß bei dem, was wir Reflex nennen, nicht nur ein einfacher Übergang auf ein motorisches Endorgan erfolgt, sondern daß gleichzeitig Hemmungsvorgänge reflektorisch ausgelöst werden, deren Mangel, zu frühes oder zu spätes Einsetzen die Reflexkurve sehr wesentlich modifiziert und bei bestimmten Krankheitsarten in typischer Weise verändert."

2. Pupillenreflexe. Erforderlich ist hierbei eine genaue Bestimmung der Lichtwerte, eine Messung der reflektorisch erzeugten Pupillenweite, sowie eine zeitliche Messung des Überganges der Ausgangstellung im Moment des Reizes zu der reflektorisch bedingten Stellung (*Sommer, Bumke, Weiler*).

3. Die Untersuchung der einfachen psychischen Reflexe. a) Für die optisch motorischen Vorgänge sind zahllose Apparate konstruiert worden. (*Ranschburg, Liepmann, Hackländer, Hempel* usw., Zusammenfassung von *Bostroem* zur Vergleichung normaler und pathologischer Zustände.) b) Bei den akustisch motorischen Vorgängen läßt die Art der Reizgebung noch an exakter Meßbarkeit zu wünschen übrig. Vor allem sind die Schallreize in ihrer Intensität genau zu messen. c) Taktil motorische Reaktionen. d) Reaktionen auf Wärme- und Kältereize. e) Olfaktorische Reize.

IV. Laboratoriumseinrichtung.

V. Rein psychologische Methoden. a) Untersuchung des Sprachvorganges (*Wernicke, Rieger*). b) der Orientiertheit. Systematische Anwendung von Untersuchungsbögen nach dem Prinzip der gleichen Reihe



von Reizen. c) der Schulkenntnisse. Entweder kurze auf viele Personen leicht anwendbare Fragebogen zu diagnostischen Zwecken oder zu individualpsychologischen Untersuchungen umfassende Fragebögen zur Aufnahme des Gesamtinventars des Wissens. d) Rechenvermögen. Systematische Anwendung gleichartiger Aufgaben bei einem großen Materiale verschiedener Fälle. Es scheinen hierbei bestimmte Erscheinungen, die bei normalen isoliert und eingestreut vorkommen, sich als Kern von bestimmten pathologischen Grundsymptomen zu erweisen, die bei Psychisch-Nervösen oder Geisteskranken isoliert oder in Kombination mit anderen Störungen auftreten. e) Gedächtnis (Mnemometer von *Ranschburg*, Gedächtnisapparat von *Wirth*, Aussageversuche von *Stern*). Es hat sich herausgestellt, „daß die Untersuchung der falschen Aussage zu bestimmten gesetzmäßigen Gruppen von Erscheinungen führt, so daß nicht eine allgemeine Erschütterung bei der Verwendung von Aussagen herauskommt, sondern eine Art von Differentialdiagnostik der falschen Aussage". f) Intelligenz. Die letzten Jahre haben zu einer Ausschaltung einer Reihe von geistigen Funktionen geführt, die sich auf einfachere Prozesse zurückführen lassen und nichts mit dem eigentlichen Problem der Intelligenzuntersuchung zu tun haben. Dadurch sind die Schwierigkeiten gewachsen. Die Frage der Begriffsbildung ist noch nicht geklärt. (Würzburger Schule). Dagegen hat die Differentialdiagnose der einzelnen Schwachsinnformen Fortschritte gemacht und gezeigt, daß die Intelligenzstörung im eigentlichen Sinne nur eine Komponente darstellt, und daß im Effekt scheinbar völlig gleiche Störungen sehr verschiedene psychologische Gründe haben können. Von den einzelnen Intelligenzstörungen fehlt für den Kausalitätsbegriff noch jede vergleichend experimentelle Untersuchung. g) Assoziationen. h) Vorstellungskomplexe. Bei den Assoziationsuntersuchungen hat sich immer mehr die Wirksamkeit bestimmter Vorstellungskomplexe gezeigt. i) Die Psycho-Analyse ist eine Spezialgruppe der Komplexforschung, die in einseitig dogmatischer Weise den Wert sexual-psychologischer Komplexe in den Vordergrund stellt. Daß in einer Reihe von Fällen tatsächlich sexuelle Affekte als Kernsymptom vorhanden sind und sich z. T. in unbewußten Ausdruckformen äußern, wird vom Vortr. als richtig anerkannt. Doch gibt es auch eine sehr große Anzahl von psychogenen Störungen, bei denen ein sexueller Kern überhaupt nicht vorhanden ist, sondern irgendein anderer Affekt das ursprüngliche Kernsymptom darstellt. „Es erscheint daher methodisch völlig unmöglich, das Gebiet der Hysterie im Sinne der psychogenen Störungen einseitig sexual-psychologisch aufzufassen, es sei denn, daß man entsprechend der Bedeutung des Namens den Begriff der Hysterie auf solche Fälle einschränkt, bei denen eben sexualpsychologische Kernsymptome vorliegen", eine Einschränkung, die Vortr. als einen Rückschritt betrachtet. k) Stimmungscharakter. Untersuchung der Stimmung auf den Ablauf bestimmter geistiger Funktionen (s. Literatur des man.-depr. Irreseins).

VI. Die Individualpsychologie ist im letzten Jahrzehnt eine der Hauptaufgaben psychiatrischer Forschung geworden, Versuche, den geistigen Zustand vor Ausbruch der Erkrankungen festzustellen und auf bestimmte Begriffe zu bringen. Als ein neues Mittelgebiet zwischen Psychiatrie und Pädagogik ergab sich die Untersuchung der normalen, pathologischen und kriminellen Kinder.

VII. Die Psychologie der Abstammung behandelt die Frage, wie sich die Summe von Eigenschaften bei dem einzelnen Menschen zu den Erscheinungen bei seinen Vorfahren und sonstigen Blutsverwandten verhalten. Statt der früheren bloßen Statistik jetzt Analyse der Krankheitarten. An Stelle von Stammbäumen traten die Ahnentafeln und schließlich die Sippschafttafeln (*Czellitzer*). Zur raschen Orientierung über die Abstammungsbeziehungen zweier Personen dient der Ahnenring, früher Ahnenuhr genannt. Alle diese Untersuchungen sind nur Hilfsarbeiten für das Hauptthema, die Vererbung der Eigenschaften. Trotz der größten Schwierigkeiten haben die letzten Jahre auch auf diesen Gebieten Fortschritte gebracht. Die Untersuchung der Vorfahren und sonstigen Blutsverwandten in psychologischer Beziehung ist eine unabweisbare Notwendigkeit geworden.

VIII. Kritik der mystischen Richtung in der Psychologie. Eine kritische Prüfung der Behauptung von psychischen Fernwirkungen ist notwendig, da die im Volke wurzelnde Neigung zu spiritistischen Dingen durch Mangel an kritischer Prüfung nur gestärkt wird. „Die Clairvoyance ist ein unbewußtes oder halbbewußtes Gegenstück zur Voraussicht, die bei manchen Menschen in ganz bewußter Form mit klarer Erkenntnis der Gründe auftritt, während sie oft bis zum wirklichen Geschehen der Ereignisse verlacht werden. Jedenfalls kann man hierbei psychologisch im Rahmen der Naturwissenschaft so viel Gründe zur Erklärung finden, daß die Annahme einer besonderen mystischen Fähigkeit bei bestimmten Menschen nicht erweislich ist". Beim Gedankenlesen handelt es sich einmal um Wahrnehmung von unbewußten Ausdruckbewegungen. Bei einer anderen Gruppe beruht das richtige Gedankenlesen darauf, daß auf bestimmte Fragen hin die einzelnen Menschen in überwiegender Zahl in gleicher Weise reagieren (kollektive Psychologie von *Marbe*). Bei dem Rest liegen deutlich nachweisbare Versuchsfehler vor. Nur ein in jeder Weise experimental-psychologisch Geschulter darf derartige Versuche vornehmen. Die Faussereconnaissance ist leicht dadurch zu erklären, daß häufig ein Sinneseindruck tatsächlich schon wirkt, während er noch nicht von dem betreffenden apperzipiert wird, weil dieser nach anderer Richtung abgelenkt ist. Tritt nun der apperzipierte Vorgang mit einer solchen zeitlichen Differenz in Kraft, so können die Spuren der schon aufgetretenen Sinnesempfindung als Ausdruck einer früheren weit zurückliegenden Wahrnehmung aufgefaßt werden. Eine kritische Untersuchung der einzelnen Bedingungen ist daher in allen solchen Fällen



nach Möglichkeit anzustreben. Bei Untersuchungen mediumistischer Produktionen sollten alle Extremitäten unter psycho-physischer Kontrolle gestellt werden, ein einfaches Fesseln genügt nicht als Vorsichtsmaßregel. Eine naturwissenschaftliche Stellungnahme der ganzen Gruppe von mystisch-psychologischen Hypothesen gegenüber ist durchaus notwendig.

X. Tierpsychologie. Verweis auf das Referat von *Claparède* und die *Pawlow*schen Untersuchungen.

(Der Vortrag erscheint in extenso in der Klinik für psychische und nervöse Krankheiten.)

Die Diskussion der Referate wurde verschoben bis nach Anhörung der drei inhaltverwandten Vorträge von *Weiler*, *Wetzel* und *Berliner*.

Weiler-München: Zur Untersuchung der Auffassungs- und Merkfähigkeit.

W. demonstriert einen von ihm ersonnenen Apparat zur exakten Messung der Auffassungs- und Merkfähigkeit. Mit diesem können Bilder von kleinster bis zu 10 × 10 cm Größe beliebig lange Zeit der Versuchsperson dargeboten werden. Die Expositionszeiten sind veränderbar von kleinsten Sekundenteilen bis zu beliebiger Länge. Die Auslösung der exponierenden Apparate geschieht elektromagnetisch und geräuschlos. Der Apparat ist dauernd gebrauchbereit, zu jedem folgenden Versuch stellt er sich selbsttätig ein. In der Ebene und am Ort des zu exponierenden Bildes wird dauernd der Versuchsperson ein Einstellobjekt (matt leuchtende Scheibe) dargeboten, das im Moment der Exposition des Bildes verschwindet, indem dieses an seine Stelle tritt. In den Apparat kann ein zweiter eingeschoben werden, der gestattet, fortlaufend Bilder in den obengenannten Maßen darzubieten. Die Fortschaltung der Bilder geschieht hier automatisch und zwar in Momenten, in denen die Bildfläche verdunkelt ist, so daß die Bewegung des Bilderstreifens nicht bemerkt werden kann und nicht stört. Mit diesem Apparat können bis zu 40 cm große Bilder, entsprechend mehr kleinere, hintereinander in bestimmten Zeitabständen und bei bestimmter Expositionsdauer der Versuchsperson dargeboten werden. Der ganze Apparatenkomplex ist denkbar einfach zu handhaben und so eingerichtet, daß er an jedem gewöhnlichen Lichtkontakt (110—120 Volt) angestöpselt werden kann.

Weiler demonstriert an der Hand von Projektionsbildern eine Reihe von Versuchen, die an normalen Personen gemacht wurden. Es wurden diesen zunächst 3 qcm große Täfelchen, auf denen je 9 Buchstaben gezeichnet waren, als Versuchsobjekte dargeboten. An 6 aufeinanderfolgenden Tagen wurden je 30 solcher untereinander verschiedener Täfelchen für die Dauer von jeweils 0,05 Sekunden exponiert. *W.* zeigt, daß sich mit seiner Methode in kurzer Zeit ein genauer Einblick in die Auffassungfähigkeit, ihre Sicherheit, Zuverlässigkeit und Übungfähigkeit gewinnen

läßt. (Jeder Tagesversuch dauert etwa 5 Minuten, so daß für jede Versuchsperson ein Zeitaufwand von 30 Minuten völlig ausreichend erschien.) Zum Schluß macht *Weiler* noch auf eine Methode, die Merkfähigkeit zu prüfen, aufmerksam, die im wesentlichen darin besteht, daß der Versuchsperson einfache bildliche Darstellungen dargeboten werden, worauf nach einiger Zeit das Bild seitenverkehrt wiederum gezeigt wird, dann wird der Versuch mit einem ähnlichen Bilde, in dem nur Teile (einzelne Personen, Tiere usw.) des vorher gezeigten weggelassen sind, wiederholt und schließlich ein weiteres Bild exponiert, das eine Kopie des erstgebotenen darstellt, aber insofern davon abweicht, als Teile, durch die das Bild seine Bedeutung erhält, weggelassen sind. Die Versuchsperson soll jeweils die Änderung angeben. Es lassen sich so gewisse Unterschiede in der Merkfähigkeit feststellen, je nachdem nur die einzelnen Darstellungen gemerkt werden oder das Wesentliche des Bildes im Gedächtnis festgehalten wird.

(Der Vortrag wird in erweiterter Form an anderer Stelle erscheinen.)

Wetzel-Heidelberg: Bemerkungen zur Methodik der Untersuchungen über das psychogalvanische Reflexphänomen.

Nach kurzen einleitenden Bemerkungen über die Anschauungen, die speziell von *Sommer*-Gießen und *Albrecht*-Graz hinsichtlich des Zustandekommens der Stromschwankungen, die das Wesen des psychogalvanischen Reflexphänomens bilden, neuerdings geäußert worden sind, demonstriert der Vortragende eine Methode für die graphische Darstellung der Ausschläge des Spiegelgalvanometers.

Das Prinzip besteht darin, daß die Exkursionen des Lichtpunktes auf der Skala mittelst Reaktionstastern und Deprez auf die Kymographentrommel übertragen werden. Gleichzeitig wird die Zeit in $^1/_5$ Sekunden und auf einer dritten Linie die u. U. angewandten akustischen usw. Reize, ihr Eintritt und ihre Dauer registriert.

Die Benutzung des Reaktionstasters zur Markierung des Momentes, in dem die Schattenlinie im Lichtpunkte einen Skalenstrich überschreitet, hat den Vorteil, daß die Fehlerquellen der subjektiven Ablese- und Registriermethoden auf den Einfluß der persönlichen Gleichung beschränkt wird.

Die Anwendung einer doppelten, verschiedenartig funktionierenden Aufzeichnung läßt kleine, langsame und große, rasche Ausschläge gleichmäßig messen.

Es empfiehlt sich, die Versuchsperson nicht im selben Zimmer mit den Apparaten unterzubringen.

Berliner-Gießen: Klinische Studien über die Reflexzeit des Kniephänomens.

Vortr. berichtet über die Ergebnisse von Versuchen, bei denen er



das *Hipp*sche Chronoskop und die Kontaktvorrichtungen der Kniestütze des *Sommer*schen Reflexmultiplikators benutzte. Vorversuche ergaben dabei nur sehr geringe Fehlerquellen.

Um über die maximale Häufung sowie über die Streuungen Aufschluß zu erhalten, wurde bei 50 Patienten der Kniereflex je 50 mal hintereinander auf einem oder auf beiden Beinen ausgelöst, wobei stets der gleiche Reiz ausgeübt wurde.

Bei sämtlichen Patienten wurden in der gleichen Sitzung mit dem *Sommer*schen Apparat Kniekurven registriert. Es zeigten sich deutliche Beziehungen zwischen diesen und den gefundenen Zeitwerten:

Die Resultate waren kurz folgende:

1. Die Reflexzeit des gesunden Menschen ist Schwankungen unterworfen, zeigt dabei gewöhnlich eine maximale Häufung in einem bestimmten Zeitwerte.

2. Bei funktionellen Erkrankungen, Neurosen, Psychosen fanden sich erheblich weitergehende Streuungen der Reflexzeit. Das Gebiet der maximalen Häufung war bei funktionellen Erkrankungen oft nicht so scharf umschrieben wie beim Gesunden.

Ob diese Beobachtungen für alle Stadien, für alle Zustandänderungen (Epilepsie) zutreffen, muß durch weitere Untersuchungen geprüft werden.

3. Chrakteristisch für organische Erkrankung im Bereiche des Pyramidensystems war eine erhebliche Verkürzung der Reflexzeit zugleich mit einer deutlichen Verringerung der Streuungen.

Betreffs der Einzelheiten sei auf die spätere ausführliche Publikation verwiesen.

2. Sitzung Freitag, den 21. April, nachm. 2 Uhr.

Zur Diskussion des ersten Referates spricht nur *Lilienstein*-Bad Nauheim, der sein von *Sommer* erwähntes Herzkontrollinstrument demonstriert.

Bei den Untersuchungen über die akustischen Besonderheiten der Herztöne stellte sich heraus, daß die Übermittlung derselben mittelst Mikrophon und Telephon große Schwierigkeiten macht. Während leiseste Geräusche, Pinselberührungen im Telephon deutlich gehört werden, lassen sich die Herztöne nur durch besondere Vorkehrungen hörbar machen. Die Herz„töne“ sind Schallerscheinungen von einer Frequenz zwischen 40 und 100 Schwingungen pro Sekunde. Die Geräusche haben eine viel höhere Frequenz.

Das demonstrierte Instrument erfüllt in hohem Maße die Forderung der Einfachheit und Verwendbarkeit in der Klinik. Es ermöglicht eine dauernde Kontrolle der Herzfunktion, ohne Arzt und Patient anzustrengen; Eine entsprechend modifizierte Mikrophonkapsel von bestimmter Größe und bestimmten Resonnanzverhältnissen wird irgendwie am Herzen

fixiert. Der Beobachter nimmt ein gewöhnliches Kopftelephon, behält beide Hände frei und kann sich vollständig frei bewegen. Auch die Einschaltung von Registrierapparaten ist möglich. Die Beobachtung des im Bad befindlichen, schlafenden oder experimentell-psychologisch zu beobachtenden Kranken kann von einem Nebenraum aus erfolgen. Durch Einschaltung mehrerer Telephone können mehrere Beobachter sich an der Untersuchung beteiligen.

(Zu beziehen ist das „Kardiophon" genannte Instrument von der Firma B. B. Cassel in Frankfurt a. M.)

Alsdann erstattet *Bonhöffer*-Breslau sein Referat: Wie weit kommen psychogene Krankheitzustände und Krankheitprozesse vor, die nicht der Hysterie zuzurechnen sind. (S. 3. Heft dieser Ztschr., S. 371—386.)

Die Diskussion wird bis nach Anhören der inhaltlich verwandten Vorträge von *Gaupp* und *Rehm* verschoben.

Gaupp-Tübingen: Über den Begriff der Hysterie.

Nach kurzen historischen Ausführungen legt der Vortr. dar, daß die neuere Hysterieforschung zu der Überzeugung gekommen ist, daß die Hysterie keine eigentliche Krankheit, keine „entité morbide", sondern nur eine abnorme Reaktionsweise des Individuums darstelle. Die Unklarheit der gegenwärtigen Lehren wird daran erläutert, was die Einzelnen heute als charakteristisch für Hysterie ansehen (hysterischer Charakter, Stigmata, psychogene Entstehung der Symptome usw.). Die Anschauung, daß die Hysterie regelmäßig eine degenerative Anomalie darstelle, wird als zu eng abgelehnt, die *Janet*sche „insuffisance cérébrale" als nicht immer vorhanden bezeichnet. Besonderer Wert wird auf das Vorkommen psychogener, hysterisch aussehender Symptome bei Psychosen und organischen Hirnleiden gelegt und dabei gezeigt, daß es sich keineswegs immer um Komplikation mit Hysterie zu handeln braucht, vielmehr die Hirnerkrankung aus sich selbst solche Symptome zu erzeugen vermag. Ferner betont der Vortr. die Tatsache, daß das einzelne psychogene Symptom eine ganz verschiedene pathologische Bedeutung hat, je nachdem es bei einem Kinde oder einem Erwachsenen, bei einem Naturmenschen oder einem Hochkultivierten, bei einem Schwachsinnigen oder einem Intelligenten auftritt. Die klinischen Eigentümlichkeiten der Hysterie, ihre Beziehungen zu Alter und Geschlecht, zu Bildung und allgemeiner Zeitkultur werden herangezogen, um eine Theorie vom Wesen der hysterischen Reaktionsweise zu begründen, die im wesentlichen darauf hinausläuft, daß ein festes Regulationssystem von Bewegungs- und Hemmungsinnervation entweder angeboren defekt oder (wie beim Kinde) noch nicht genügend entwickelt oder durch die Anforderungen des Lebens, durch Pubertät, Klimakterium, körperliche und geistige Krankheit gestört wird.



Diese Auffassung wird vom Vortr. näher begründet. Und schließlich wird dann noch auf die Bedeutung des sogenannten hysterischen Charakters eingegangen, wobei auch die Anschauungen von *Sommer* gewürdigt werden.

(Ausführliche Wiedergabe: Ztschrft. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatrie, Bd. 5, Hft. 4, S. 457—466.)

Rehm-Dösen: Die Bedeutung des psychogenen Momentes im manisch-depressiven Irresein.

Vortr. streift die einschlägige Literatur, besonders die Arbeiten von *Kräpelin*, *Nissl*, *G. Specht* und *Reiss*. Das Thema ist in drei Teile geteilt:

1. Psychogene Momente in der Konstitution manisch-depressiver Kranker (4 %). Es besteht eine spezifische Konstitution; die psychogenen Beimengungen zeitigen keine besondere Färbung der folgenden Psychose. Manische Zustände und weibliches Geschlecht stehen im Vordergrunde.

2. Psychogene Auslösung der Psychose (in 17 % der Fälle). Der Beginn der Erkrankung fällt in das jugendliche und mittlere Alter; die Prognose ist verhältnismäßig günstig. Öfters werden kontrastierende Affektzustände ausgelöst; agitierte Depressionen sind bevorzugt. Ob durch die Auslösung des ersten Anfalles die weitere Ausbildung der Psychose, bzw. das Auftreten weiterer Perioden begünstigt wird, ist fraglich. Die Psychose zeigt keine besondere, mit dem auslösenden Moment in Zusammenhang stehende Färbung. Zum Vergleiche dient dem Vortr. die Auslösung durch Generationsvorgänge und durch körperliche Erkrankungen, je in 7 % der Fälle. Die sich an Geburten anschließenden Anfälle erscheinen von besonders günstiger Prognose; ein späteres Chronischwerden des Irreseins ist bei diesen Fällen außerordentlich selten.

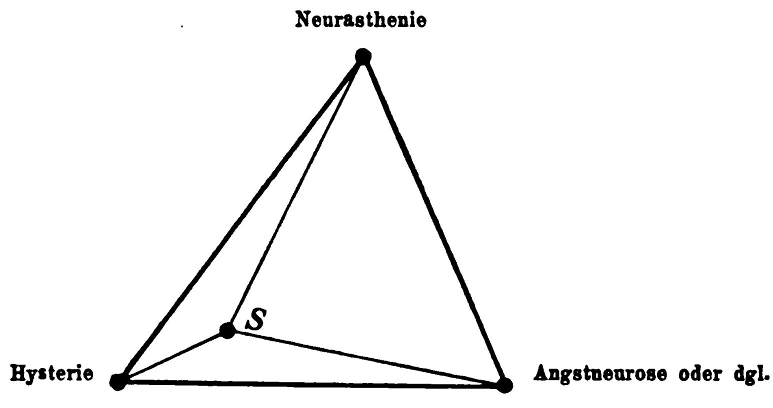
3. Psychogene, bzw. hysterische Momente während der Psychose (5 %). Der Verlauf zeigt eine im allgemeinen günstige Prognose. Kurze, raptusartige, ängstliche Erregungzustände charakterisieren die Anfälle als wechselvoll.

Psychogene Momente sind für das Krankheitbild des manisch-depressiven Irreseins ohne wesentliche Bedeutung. Die auslösenden psychischen Faktoren besitzen keinen ursächlichen Einfluß.

Diskussion. — *Kohnstamm*-Königstein i. Taunus: Nachdem die Herren *Bonhoeffer* und *Gaupp* sich zu der Abgrenzung des Hysterie-Begriffes, die ich in der Februarnummer der Therapie der Gegenwart 1911 versuchte, einigermaßen zustimmend geäußert haben, glaube ich in der Tat, daß man einer Einigung über dieses Schmerzenskind der Nosologie nicht hoffnunglos gegenüber zu stehen braucht. Allerdings wird es in solchen Fragen niemals gelingen, in einer kurzen Formel zu umschreiben, was jemals mit einem Wort, wie Hysterie, verstanden worden ist, sondern es wird darauf ankommen, den Begriff auf eine engbegrenzte Bedeutung einzuengen, — wenn nur die (vielleicht manchem gewaltsam erscheinende)

Definition den Kern des Problems trifft. Wir verhandeln dann weniger über eine Tatfrage, als gewissermaßen de lege ferenda. —

Wenn man in dieser Weise die einzelnen Neurosen und verwandten Psychosen scharf umschneidet, so wird es nur wenige individuelle Fälle geben, welche durch einen der neu bestimmten Krankheitbegriffe voll erfaßt werden. Der einzelne Fall wird vielmehr als der Schwerpunkt eines Dreiecks (oder auch Vierecks) dazustellen sein, dessen Ecken die Krankheitseinheiten darstellen. Die Nähe des Schwerpunktes *S* zu den einzelnen Ecken des Dreiecks stellt alsdann die Verwandtschaft zu den daselbst angegebenen Krankheitseinheiten dar (vgl. Zentralbl. f. Psych. u. Nervenkrankheiten 1908, 31. Jahrg.).



Am leichtesten ist unter den Neurosen eine reine Neurasthenie abzutrennen als Ermüdungsneurose, Erschöpfungsneurose, chronische Ermüdung oder Erschöpfung, reizbare Schwäche, wie sie bei Rekonvaleszenten von akuten Infektionskrankheiten, nach körperlicher, gemütlicher, sexueller Überanstrengung, Vergiftungen u. a. m. vorkommt.

Es folgt eine Gruppe von Neurosen, die dadurch gekennzeichnet ist, daß ein seelisches Erlebnis oder dessen körperliche Folgen nicht schnell vorübergeht, wie es der Elastizität des Gesunden entspricht, sondern mehr oder weniger lang und mehr oder weniger intensiv persistiert. Das sind einmal die Emotionsneurosen, wie z. B. ein affektiv bedingtes Herzklopfen, Erbrechen, Diarrhoe. Ganz ähnlich aussehende Neurosen können auch nach dem Mechanismus der bedingten Reflexe von *Pawlow* erzeugt werden (Bickel). Ferner gehören hierher die Angst- und Zwangsneurosen, die Tics und schließlich das, was ich als hysteroide Neurosen zu bezeichnen vorschlage. Die letzteren bestehen aus Symptomen, die man vorzugweise in hysterischen Krankheitbildern beobachtet, also Lähmungen, Krämpfe, Empfindungstörungen, Veränderungen der Bewußtseinslage nach Art der Dämmerzustände und Absencen, Schmerzen, Mutismus u. a. m. Alle diese Erscheinungen können bei nichthysterischen Personen, ja bei Gesunden, aber auch in Psychosen mannigfacher Art entstehen, als Folgen starker Affekte, von Fremdsuggestionen und Autosuggestionen. Die Suggestion überhaupt kann thymogen sein oder ideogen.

Der Begriff der Suggestion fällt mit keinem von beiden zusammen. Auch tief greifende vasomotorische Phänomene sind durch hypnotische Suggestion zu erzeugen (gegen *Babinski*). Alle diese Neurosen sind also durch Persistieren seelischer Erlebnisse und deren körperlicher Folgen bedingt. Es ist mir noch nicht gelungen, einen geeigneten, sie alle zusammenfassenden Namen zu finden. Soll man sagen „Haftungsneurosen", „Imprägnationsneurosen", „Fixationsneurosen", oder soll man dem Wort „Psychasthenie" diesen neuen, aber klaren Sinn geben?

Wenn ich einer tiefhypnotisierbaren Person für die Dauer einer Woche eine Lähmung des Armes suggeriere, so ist sie für die Dauer dieses Zustandes noch nicht zum Hysteriker geworden.

Was aber konstituiert den Hysteriker? Ich sage: ein Defekt des Gesundheitsgewissens, durch den eine andersartige Neurose erst zur echt hysterischen Neurose wird.

Neurosen sind Störungen im Ablauf der Nerventätigkeiten, welche dazu führen, daß eine oder mehrere Körperfunktionen einschließlich ihrer zerebralen Vertretung sich dem zweckvollen und harmonischen Zusammenarbeiten des Organismus entziehen, ohne daß eine bekannte oder vermutete physiologische Gesetzmäßigkeit dazu zwingt. Wenn eine Neurose gewissermaßen durch höhere Gewalt ausgelöst wird, z. B. durch einen Affektsturm oder durch eine für das Individuum unwiderstehliche Suggestion, so ist sie in meinem Sinne noch nicht hysterisch. Das wird sie erst, wenn das Interesse am Gesundsein minderwertig, wenn das Gesundheitsgewissen defekt geworden ist. Das Gesundheitsgewissen regelt das auf die Gesundheit bezügliche Tun nach ähnlichen Normen, wie das ethische Gewissen das soziale Verhalten reguliert. Das Zünglein an der Wage der Billigung oder Mißbilligung dem eigenen Handeln gegenüber wird ja durch eine eigenartige Gefühlsfunktion dargestellt, die man allgemein als Gewissen bezeichnet. Das Gewissen, noch im allgemein anerkannten Sinne des Wortes, spielt ins unbewußte hinüber. Das ethische Gewissen im Halbbewußtsein ist ein Teil dessen, was als Takt bezeichnet wird. Der Gesundheittakt, besser das Gesundheitsgewissen sorgt, soweit es möglich ist, dafür, daß das harmonische Zusammenwirken der nervösen Systeme nicht z. B. im Affektsturm gestört wird; wo beim Gesunden vielleicht nur ein leichtes Stirnrunzeln sichtbar würde, kommt es beim Versagen des Gesundheitsgewissens zum hysterischen Schreikrampf u. dgl. m. Dies Versagen ist es, was wir alle meinen, wenn wir sagen, daß einer Neurose oder einer Psychose ein hysterisches Element beigemischt ist. Das ist es, was wir im Sinne haben, wenn wir einen Menschen als Hysteriker bezeichnen. Die hysteroiden Symptome haben nur diese besondere Beziehung zur eigentlichen Hysterie, daß sie infolge ihrer Absurdität schon einen hysterischen Defekt des Gesundheitsgewissens verlangen, um sich behaupten zu können.

Wille zum Kranksein bezeichnet die Sache nicht ganz richtig. Auch



der Hysteriker kommt meistens deshalb zum Arzt, weil er von seiner Krankheit befreit sein will. Er kennt ja die Natur seines Defektes noch weniger, als sie meine verehrten Herren Gegner anerkennen. Aber der Hysteriker versteht, was ich meine, wenn er nicht schwachsinnig ist — und wenn er gutwillig ist, nimmt er sich vor, sein Gewissen zu schärfen, wie auch das sittliche Gewissen der Erziehung und Klärung zugänglich ist.

Der Defekt des Gesundheitsgewissens ist allerdings eine Art von ethischem Defekt. Dies gibt aber noch kein Recht, meine Betrachtungsweise als moralisierend zu bezeichnen, im Gegensatz zu den mustergiltigen Gepflogenheiten naturwissenschaftlichen und ärztlichen Denkens. Ist nicht auch die moral insanity jetzt legitimer Gegenstand ärztlicher Diagnose? Was ich als Gewissen bezeichne, ist ein psychologisches und damit ein biologisches Phänomen.

Alle Neurosen können zum Gegenstand hysterischer Verarbeitung werden, wenn ihre Symptome gewollt, übertrieben oder auch nur geduldet erscheinen, d. h. wenn das Gesundheitsgewissen defekt ist. Nicht nur die Neurasthenie und, wenn man mir den Ausdruck vorläufig gestatten will, die Fixationsneurosen (s. o.) können zum Gegenstand hysterischer Verarbeitung werden, sondern auch jene eigenartigen diathetischen Organneurosen, wie das Bronchialasthma und die Colica mucosa, ferner Depressionen, auch wenn sie auf zyklothymischem Boden erwachsen. Sogar epileptiforme Erscheinungen können hysterisiert werden. Es steht nach meiner Erfahrung für mich fest, daß es symptomatisch echte epileptische Phänomene gibt, deren Eintritt durch einen herabgesetzten psychischen Widerstand gegen dieselben begünstigt wird. Manches von dem, was als psychasthenische und als affektive Pseudoepilepsie u. a. bezeichnet wird, mag hierher gehören und von diesem Standpunkt aus eine Beleuchtung erfahren, welche für die ordnende und therapeutische Absicht gleich förderlich ist.

Aschaffenburg-Köln: Ich habe die größten Bedenken gegen *Kohnstamms* Auffassung, daß bei Hysterischen ein Defekt des Gesundheitsgewissens vorläge. Dadurch kommt in unsere Auffassung von der Hysterie eine moralisierende Betrachtung, die nur dazu führen kann, das bei den Laien schon unausrottbare und bei uns kaum überwundene Vorurteil, der Hysterische wolle krank sein, wieder zum Aufleben zu bringen. Das halte ich für unrichtig; es trifft meiner Überzeugung nach auch nicht den Kern der Erkrankung; und wenn es überhaupt einmal wirklich vorkommen sollte, daß ein Wollen zur Krankheit vorliegt, so doch höchstens bei ganz vereinzelten Fällen. Die meisten Kranken verpulvern zur Bekämpfung ihrer Beschwerden mehr an Energie als die meisten Gesunden zu wichtigeren Zwecken, ohne daß es den Hysterischen möglich ist, ihre Beschwerden zu überwinden.

Gaupp gegenüber, dem ich nicht so ferne stehe als es vielleicht scheint, möchte ich den Begriff der Hysterie einstweilen noch aufrecht erhalten. Gewiß ist zuzugeben, daß der ausgeprägte Symptomenkomplex der Neu-



rasthenie von den schweren ausgeprägten hysterischen Gesamterscheinungen sich sehr weit unterscheidet. Der Hysterische klagt — das ist natürlich nur schematisiert — über die Vergangenheit und vor allem die Gegenwart, der Neurastheniker lebt in den Befürchtungen vor der Zukunft.

Aber so leicht wie sich die ausgeprägten Fälle scheiden lassen, so sind das doch nur Seltenheiten, und ich vermag leider nicht, wie Kollege *Kohnstamm*, die neurasthenischen Zustände leicht von allen anderen zu trennen; ich fasse deshalb auch die ganzen Erscheinungformen als „psychasthenische Zustände" zusammen, zwischen denen wir aus didaktischen und heuristischen Gründen vorläufig eine Trennung vornehmen müssen, ohne daß wir dabei aus dem Auge verlieren dürfen, daß es sich dabei um recht erhebliche Schematisierung handelt. Das wesentlichste Ergebnis der Vorträge dürfte wohl das sein, daß wir noch weit entfernt sind, die Lehre von der Hysterie als abgeschlossen betrachten zu dürfen, im Gegenteil vor erfreulich interessanten Fragestellungen stehen, die der Lösung noch harren.

Sommer-Gießen: Bei der Verwendung des Wortes „psychogen" wird vielfach der Fehler gemacht, daß darunter alle psychisch bedingten Störungen zusammengefaßt werden. Im Hinblick auf die Tatsache, daß z. B. nach starken Schreckwirkungen Krankheitbilder auftreten, die den klinischen Charakter der schweren Verwirrtheit an sich tragen oder ganz nach dem Typus eines Demenzprozesses verlaufen, führt die genannte Begriffserweiterung zu völligem Mißverständnis.

Ich habe bei der Einführung des Wortes „psychogen" in der Diagnostik der Geisteskrankheiten 1904 ausdrücklich hervorgehoben, daß ich nur solche Störungen darunter verstehe, die als klinischen Charakter den Zug der psychischen Beeinflußbarkeit und der abnorm starken Einwirkung von psychischen Vorgängen auf nervöse Vorgänge als klinischen Charakter an sich tragen. Es gibt also nach meiner Auffassung eine ganze Menge von Störungen, die zwar psychisch veranlaßt sind, aber durchaus nicht den Charakter des psychogenen haben. Man wird in diesem Gebiet nur durch eine sorgfältige Klarstellung der verwendeten Ausdrücke Verwirrung vermeiden können.

Was die psycho-analytische Richtung betrifft, so betrachte ich sie als eine Weiterentwickelung der Komplexforschung, die ich im Zusammenhang des Lehrbuches der psychopathologischen Untersuchungsmethoden zu fördern gesucht habe. Insofern die psycho-analytische Schule versucht, die Bedeutung von bestimmten psychischen Komplexen speziell sexueller Art klar herauszustellen, bewegt sie sich auf dem Boden der analytischen Forschung und bis dahin kann ich mich mit dieser Richtung einverstanden erklären. Mein ablehnender Standpunkt beginnt erst da, wo die Betonung sexueller Komponenten im einzelnen Fall und bei großen Gruppen von Fällen, entgegen dem analytischen Grundcharakter der Komplexforschung, dogma-



tisch geworden ist und zu einer Verkennung und Ausschaltung einer ganzen Reihe von Tatsachen führt. Bei vielen psychogenen Störungen ist der zu Grunde liegende Komplex von Affekten, Vorstellungen und Antrieben durchaus kein sexual-psychologischer, sondern es liegen andere Affekte z. B. Schreck und Schmerz, Zorn und Ärger mit bestimmten Vorstellungsgruppen der Störung zugrunde.

Bei völliger Anerkennung der im Kern analytischen Bestrebung bekämpfe ich in diesem Gebiet die einseitig sexual-psychologischen Auswüchse. Ich halte persönlich die Aufrechterhaltung des Hysteriebegriffes neben dem der psychogenen Neurose in dem oben genannten Sinn für überflüssig. Wenn man das Wort trotz seines einseitig sexuellen Inhalts noch aufrecht erhalten will, so wäre es am einfachsten, es im Sinne der Wiener Schule auf diejenigen Fälle einzuschränken, bei denen die psychologische Analyse wirklich auf dominierende Sexualkomplexe trifft. Die Hysterie in diesem Sinn wäre alsdann eine durch bestimmte Komplexe charakterisierte Untergruppe in dem viel größeren Gebiet der psychogenen Störungen.

Neißer-Bunzlau weist auf die Bedeutung des psychischen Momentes und exogener Einflüsse bei der Hysterie hin. Man beobachtet auch psychotische Zustände, die durch äußere Einflüsse plötzlich entstehen, und solche, die nach Wegfall derselben wieder verschwinden. Darauf beruhen im Grunde die Erfolge der Anstaltbehandlung, die Reize fernhalte, wie die aseptische Wundbehandlung Reize von der Wunde fernhalte.

Loewenthal-Braunschweig möchte auch zunächst von der Hysterie die Störungen des vegetativen Systems abtrennen und der reizbaren Schwäche (Neurasthenie) überweisen. Den sogen. hysterischen Stigmata gegenüber legt jener Autor nur eine Art Glaubensbekenntnis ab, da er sich hütet, sich unbefugt auf das anatomische oder Stoffwechselgebiet zu verirren. Aber das Bedürfnis nach einer Erklärung der Stigmata (Lähmung, Krampf, Anästhesie) liegt vor und drängt, eine zeitweilige Störung der funktionellen intrapsychischen Verknüpfung und eine Störung des funktionellen Gleichgewichts anzunehmen. Als Hilfsvorstellung für das Verständnis der funktionellen Störung empfiehlt *Loewenthal* den Begriff der „Sejunktion" im Sinne *Wernicke*s.

Moeli möchte den Hysteriebegriff nicht auf die mit sexuellen Störungen verknüpften Krankheitbilder einschränken.

Liepmann-Berlin hat an der *Kohnstamm*schen Definition auszusetzen, daß sie einen pathologischen Begriff klären will durch einen selbst erklärungbedürftigen Begriff aus der ethisch-religiösen Sphäre (Gewissen).

Bezüglich des Begriffes „psychogen" sei es von größter Bedeutung, streng zu scheiden zwischen dem weiteren Sinne des Wortes und dem engeren. Im ersteren Sinne spricht man von Psychogenität, wenn psychische Erlebnisse, wie Gram, Sorgen, Gemütserschütterungen, Enttäuschungen die Hauptursache einer Erkrankung abgeben; psychische

Erlebnisse sind dann eine Krankheitursache in demselben Sinne wie ein Trauma oder ein Virus. Im engeren Sinne spräche man von Psychogenität, wenn psychische Eindrücke und Erkrankung sich nicht nur wie Ursache und Wirkung verhalten, sondern in einer engeren Beziehung ständen, wenn nämlich der Inhalt bestimmter Vorstellungen sich unmittelbar oder mittelbar in Krankheitsymptome umsetzt und sie in ihrer besonderen Ausprägung nährt, wenn z. B. die Vorstellung, nicht sprechen zu können, zu einer Stimmbandlähmung führt u. ähnl.

Cramer-Göttingen wünscht auch noch aus Gründen des Unterrichts an der Hysterie festzuhalten. Auch glaubt er nicht recht an die Bedeutung des Willens zur Krankheit.

Gaupp-Tübingen (Schlußwort): Ich habe nicht gesagt, daß Bismarck an Hysterie gelitten habe, sondern ich habe dargelegt, daß selbst der gesunde und willenstarke Mann unter dem Einfluß ungewöhnlicher Anforderungen vorübergehend affektive Reaktionen aufweisen kann, die rein symptomatologisch von hysterischen Erscheinungen nicht unterschieden werden können, so Bismarcks Weinkrämpfe.

Ebensowenig habe ich für „finis hysteriae" gesprochen, sondern ich habe nur die Schwierigkeiten einer exakten Begriffbestimmung und Abgrenzung dargelegt.

Endlich möchte ich Herrn *Kohnstamm* gegen Herrn *Liepmanns* Vorwurf, daß er mit dem „Gesundheitsgewissen" einen rein ethischen Begriff in medizinischen Fragen hereinbringe, in Schutz nehmen; denn das Gewissen, das ich in mir vorfinde, ist nicht bloß ein ethischer Begriff, sondern auch eine psychologische Tatsache der unmittelbaren inneren Erfahrung.

Bonhoeffer-Breslau (Schlußwort): Ich kann mich auf wenige Worte beschränken. Die Herren *Cramer* und *Aschaffenburg* haben mir etwas unterstellt, was ich in dieser Form nicht gesagt habe. Es ist mir natürlich wie den beiden Herren bekannt, daß es Hysterische gibt, bei denen der „Wille zur Krankheit" nicht augenfällig ist, die sogar den Wunsch haben, gesund zu werden. Was ich gesagt habe, ist das, daß ich es für den Begriff der Hysterie für wesentlich halte, daß die Abspaltung der psychischen Komplexe unter dem Einfluß einer betimmten Willensrichtung geschieht, und daß man um die Einstellung eines solchen Willensmomentes nicht herumkommt. Lediglich als häufigste Form der hysterischen Willensrichtung habe ich den Willen zur Krankheit bezeichnet. Daß ich aber auch damit nicht bloß die plumpe Form, in der dieser Wille sich gelegentlich zeigt, gemeint habe, geht aus meiner Beziehung auf *Kohnstamm* hervor, dessen Ausführungen ich zustimme mit dem Vorbehalt, den schon *Aschaffenburg* gemacht hat, daß ich die Neurasthenie nicht für so leicht abgrenzbar halte, wie er. Die erworbene Form halte ich für selten, in der Mehrzahl der Fälle, in der sie diagnostiziert wird, handelt es sich um konstitutionelle Zustände. Herrn *Sommer* möchte ich auf seine Bemerkung erwidern,



daß mir seine Psychogenie-Umgrenzung natürlich sehr wohl bekannt ist. Es konnte sich für mich aber nicht darum handeln, seine Definition zur Grundlage der heutigen Ausführungen zu machen. Nach seiner Definition gehört zum Wesen der Psychogenie das Vorhandensein körperlicher hysterischer Stigmen, sie umfaßt lediglich den Teil der Hysterie, den man als Schulhysterie bezeichnen kann. Es liegt nicht in der Natur des Wortes Psychogenie, für dessen Einführung wir *Sommer* dankbar zu sein haben, es lediglich in dieser engen Fassung zu benützen. Ich glaube gerade gezeigt zu haben, daß sich bei der weiteren Fassung des Begriffs psychogen, den ich ausdrücklich gegeben habe, nicht eine Verwässerung ergibt, sondern ein bestimmter klinischer Gesichtspunkt — und das halte ich für das Wesentliche —, nämlich der, daß die psychogene Auslösbarkeit ein Kriterium der degenerativen Anlage ist, und daß sich gewisse Zustände und Prozesse auf diesem Boden abgrenzen lassen, die der Regel nach psychogen verursacht sind.

3. Sitzung Samstag, den 22. April, vorm. 9 Uhr.

Der Vorsitzende verliest die Begrüßungstelegramme der Herren *Schüle* und *Hartmann* und erwähnt dann die vorbereitende Tätigkeit des Vereins für den 4. internationalen Kongreß zur Fürsorge für Geisteskranke in Berlin. Er spricht *Alt*-Uchtspringe unter allgemeinem lebhaften Beifall den Dank der Versammlung aus für seine großen und erfolgreichen Bemühungen um den Kongreß und dessen Ausstellung. Dann erstattet *Kreuser* den Rechenschaftbericht über die Vereinskasse im Anschluß an den gedruckt vorliegenden Bericht. Nach Prüfung durch *Rehm* und *Landerer* erteilt ihm die Versammlung ihren Dank für seine Mühewaltung und die Entlastung.

Der Vorschlag des Vorstandes, den Herren Prof. *Göcke* und Baurat *Lang*, die sich um die Ausstellung des Berliner internationalen Kongresses hervorragende Verdienste erworben haben, Ehrengeschenke zu überreichen, wird von der Versammlung unter Beifall angenommen. Dagegen wird der Antrag *Alts*, die dieses Jahr stattfindende hygienische Ausstellung in Dresden offiziell zu beschicken und Vortragthemata für diese zu stellen, entsprechend dem Vorschlage des Vorstandes abgelehnt. Es wird hervorgehoben, daß der Verein erst im vorigen Herbst eine eigene Ausstellung bei Gelegenheit des Berliner Kongresses veranstaltet habe und in Dresden die Psychiatrie voraussichtlich doch nur eine Nebenrolle spielen werde; es bestehe daher keine Veranlassung, unter solchen Umständen nochmals besondere Mittel zu bewilligen, zumal die Eröffnung unmittelbar bevorstehe.

Der Mitgliederbeitrag für 1911 wird wieder auf M. 5 festgesetzt.

Hierauf berichtet *Hans Laehr* im Auftrag des Vorstandes über den Stand der Heinrich Laehr-Stiftung.



Dem Stiftungsvorstand wird auf Grund der von *Gaupp* und *Falkenberg* geprüften und richtig befundenen Rechnunglegung Entlastung erteilt.

Kraepelin regt die Einsetzung einer Kommission an, die Vorschläge mache, welche Wege eingeschlagen werden müssen, um festzustellen, ob die Geisteskrankheiten in beträchtlicher Zunahme begriffen seien oder nicht. Er weist dabei auf den Beschluß des internationalen Kongresses hin und die Notwendigkeit, einmal darüber schlüssig zu werden, welche Schritte etwa zur Erreichung dieses Zieles notwendig wären, was durch eine Kommission vorbereitet werden müsse. Die Versammlung beschließt demgemäß und beauftragt *Kraepelin* mit der Bildung einer zunächst dreigliedrigen Kommission.

Zur Ergänzung der Standeskommission, aus der *Wachsmuth* infolge seiner Beförderung zum Direktor ausscheidet, wird Assistenzarzt Dr. *Pförringer*-Hamburg gewählt.

Kreuser und *Siemens*, die satzunggemäß aus dem Vorstande ausscheiden, stellen ihr Mandat der Versammlung zur Verfügung, werden aber durch Zuruf unter allgemeinem Beifall wieder gewählt.

Als Versammlungsort für das nächste Jahr wird Kiel bestimmt, nachdem eine telegraphische Einladung von seiten des abwesenden Direktors der dortigen Klinik *Siemerling* eingetroffen ist. Ausnahmweise soll der nördlichen Lage wegen diesmal die Versammlung erst am Donnerstag und Freitag nach Pfingsten stattfinden.

Die Beratung von *Alts* Vorschlag, die Dauer der Jahresversammlung um einen Tag auf 3 Tage zu verlängern, wird auf die Tages-Ordnung der nächsten Versammlung gesetzt werden.

Nach Erledigung der geschäftlichen Angelegenheiten begrüßt der Vorsitzende den Staatsminister der Justiz *von Schmidtlin*, sowie die übrigen erschienenen Herren Juristen: Staatsrat *v. Schwab*, Ministerialdirektor *v. Zindel*, Ministerialrat *Gessler*, Generalstaatsanwalt *v. Rupp*, Präsident *v. Nestle*, Oberstaatsanwalt *Walsee* und Oberlandesgerichtsrat Dr. *Schanz* und geht über zur Beratung des

III. Referates: „Der Vorentwurf zu einem deutschen Strafgesetzbuch".

Er führt einleitend aus, daß die Kommission wesentlich in allgemeiner Form die Tatsachen zu betonen hatte, die für die Berücksichtigung psychopatischer Zustände auf strafrechtlichem Gebiete die Grundlage abgeben. Natürlich hat sie bestehende und vorgeschlagene Bestimmungen besprechen müssen. Sie hat es aber in ihrer Mehrheit nicht für zweckmäßig gehalten, ihrerseits Formulierung in bestimmten Wortlauten Ihnen vorzulegen. Sie fühlte sich außer Stande, die Ausdruckweise so zu gestalten, daß sie zu allen Teilen des V. E. vollkommen paßt und sich namentlich vom Standpunkte des Richters aus für die praktische Handhabung einwandfrei erweist. Natürlich hindert diese Auffassung nicht, daß heute

hier auch auf die vorgeschlagenen Formulierungen eingegangen wird; nur die Stellungnahme der Versammlung zu ganz bestimmtem Wortlaute, der als Ausdruck des Gesetzes vorzuschlagen wäre, erscheint nicht erforderlich.

Es liegen gedruckte Leitsätze vor[1]), die von Cramer erläutert werden.

Zu These 1 bemerkt der Vorsitzende, daß von einer Formulierung des pathologisch rechtlichen Kriteriums ausdrücklich abgesehen wurde. Er selbst halte den Ausdruck des V. E. nicht für einwandfrei und schlechthin empfehlenswert.

Bei These 2 erhebt sich keine Diskussion.

Ehe man einer Besprechung der These 3 näher trat, wurde auf Wunsch der Versammlung erst der von *Wilmanns* angemeldete Vortrag angehört.

Wilmanns-Heidelberg: Die verminderte Zurechnungfähigkeit im Vorentwurf zu einem deutschen Strafgesetzbuch. Vortrag. führt aus, daß die Begründung des Vorentwurfs in ihren Ausführungen über die Behandlung vermindert Zurechnungfähiger von irrigen Voraussetzungen ausgehe. Sie verkenne die Unerziehbarkeit der meisten hier in Betracht kommenden Verbrecher, überschätze daher den bessernden Einfluß der Strafe und unterschätze die Verbreitung der verminderten Zurechnungfähigkeit unter unsern Verbrechern. Diese sei außerordentlich groß, der überwiegende Teil unserer Korrigenden, der tiefstehenden gewohnheitmäßigen Eigentumverbrecher und der rückfälligen Leidenschaftverbrecher falle unter diesen Begriff. Zweifellos seien diese Rechtbrecher unter unsern heutigen sozialen Verhältnissen mit geringen Ausnahmen unverbesserlich und zum großen Teile gemeingefährlich. Eine konsequente und einheitliche Durchführung der §§ 63 und 65 des Vorentwurfs könne demnach nur das Ergebnis haben, daß unsere Arbeits- und Zuchthäuser und sonstige Gefangenanstalten von einer enormen Zahl von gewohnheitmäßigen Verbrechern und Landstreichern entlastet und diese auf unabsehbare Zeit in Verwahrungshäusern untergebracht würden. Die Heranziehung dieser Elemente zu produktiver Arbeit bezeichnet der Vortragende als einen erstrebenswerten großen Erfolg, spricht aber seinen starken Zweifel aus, daß dieses Ziel erreichbar und eine einheitliche Anwendung der genannten Paragraphen überhaupt möglich sein werde. Er befürchtet, daß nur ein kleiner Teil der verminderte Zurechnungfähigkeit bedingenden Geisteszustände als solche vor Gericht erkennbar sein werde, daß die Vorteile einer milderen Behandlung in unverhältnismäßig hohem Maße den besitzenden Klassen zugute kommen werden, daß Zustände, die gegenwärtig allgemein als Geisteskrankheit im Sinne des Gesetzes betrachtet werden, nach Einführung des V. E.

[1]) Vgl. S. 543—545 nebst Anmerkung dazu.



unter diesen Begriff fallen könnten. Anstatt der erhofften Fortschritte würden Willkür und Unsicherheit in der Rechtspflege die Folge der Einführung der geplanten Maßnahmen sein. Im übrigen ist der Vortragende der Ansicht, daß man über die Durchführbarkeit der Bestimmungen des Vorentwurfs nur auf Grund von systematisch vorgenommenen psychiatrischen Untersuchungen der Insassen unserer Strafanstalten erfolgreich diskutieren könne.

Diskussion. — *Longard*-Sigmaringen: Ich habe mich im Jahre 1906 in der Monatschrift für Kriminalpsychologie und Strafrechtsreform eingehend gegen die Einführung der verminderten Zurechnungfähigkeit, die für die Strafrechtpflege und für das Irrenanstaltwesen von der weittragendsten Bedeutung ist, ausgesprochen. Nichts hat mich seither bewegen können, meine Stellungnahme irgendwie zu ändern. Fast scheint es nunmehr unvermeidbar, daß die Bestimmung in dem neuen Strafgesetzbuch Aufnahme findet; umsomehr halte ich es gegenwärtig besonders mit Rücksicht auf das Irrenwesen für notwendig, in Kürze auf die schweren Bedenken heute hinzuweisen.

Auch der vermindert Zurechnungfähige ist zurechnungfähig. Er wird bestraft und durch die Bestrafung nach der Rechtsüberzeugung des Volkes, die wir doch nicht ändern können, und mit der wir unbedingt rechnen müssen, möge unsere eigene Anschauung auch eine andere sein, mit dem gleichen Makel behaftet, wie der normale Verbrecher. Ob er milder bestraft wird, oder anders, das bleibt sich im Prinzip gleich. Diese Tatsache müssen wir uns in erster Linie vor Augen halten.

Die Einführung der v. Z. hat zweifellos schwerwiegende Konsequenzen in gerichtlich-medizinischer Hinsicht. Ich will nur andeuten (eine Frage, die uns ja weniger angeht), daß die Frage der v. Z. in zu weitgehender Weise namentlich auch bei schweren Verbrechen, die vor den Geschworenen verhandelt werden, zum Schaden des Verfahrens und der Rechtsprechung und sicherlich auch zum Schaden unseres ärztlichen Ansehens in die Verhandlung hineingeworfen werden wird. Das wäre aber schließlich noch das geringere Übel.

Größer noch wird die Gefahr sein, daß durch die Bestimmung eine schematische Beurteilung seitens des Richters gefördert wird, zum Schaden des Rechts. Ist die Schuld zweifelhaft, so muß Freisprechung erfolgen. Dieser Rechtsgrundsatz besteht und kann nicht verlassen werden, auch dann nicht, wenn sehr erhebliche Zweifel an der Zurechnungfähigkeit bestehen. Dieser Grundsatz wird unter der v. Z. nicht innegehalten werden. Haben wir ferner eine v. Z., so wird diese dem Richter eine gegebene und bequeme Handhabe sein, gerade die sog. Zwischenstufen, die geistig in schwerer Weise Minderwertigen, ohne weiteres unter die v. Z. zu subsummieren. Aus allen Unterredungen mit praktischen Juristen habe ich diese Überzeugung entnehmen können. Die peinliche und im

Interesse des Rechts durchaus notwendige Untersuchung und Frage, ob ein geistig Minderwertiger, der sonst doch noch für zurechnungfähig, wenn auch in erheblich vermindertem Maße, zu gelten hat, sich im Momente der Tat durch Hinzutritt irgendwelcher äußerer Umstände oder schwererer Äußerungen seines krankhaften Zustandes in einem unzurechnungfähigen Zustande befand, z. B. ein Epileptiker etwa in einem Dämmerzustand, diese Frage wird nicht mehr in der nötigen Weise erwogen oder berücksichtigt werden, wie bisher, und wenn jetzt schon von manchen Seiten geklagt wird, daß der Sachverständige in solchen Fällen heute schon einen schweren Standpunkt hat, wenn es sich um die Frage des Vorhandenseins der Merkmale des § 51 handelt, so wird er zweifellos eine unendlich viel schwerere Position haben, wenn eine v. Z. dem Richter zur Verfügung steht. Der Gesamtzustand wird einfach als Ganzes genommen werden. Der Angeklagte ist z. B. Epileptiker, im Ganzen v. Z., und wie auch sein Zustand im Momente der Tat gewesen sein mag, er wird verurteilt, zumal um den Zweck zu erreichen, ihn nach jenen Bestimmungen behandeln zu können.

Es ist mir auch gar keine Frage, daß auch mancher ausgesprochen Geisteskranke, zumal wenn er bei der Tat überlegt und planvoll zu Werke gegangen ist und seine Geistesstörung nicht ganz offen Jedermann erkennbar zutage tritt, in Gefahr steht, doch verurteilt zu werden, nach dem Gesichtspunkt der v. Z., auch um die Tat zu sühnen in Fällen, wo heute mit Recht ohne weiteres freigesprochen worden wäre. Der sich seiner Aufgabe und eigentlichen Pflicht bewußte Sachverständige wird jedenfalls einen viel schwereren Stand bekommen bei der v. Z., und eine Verschiebung der Rechtsprechung wird stattfinden nicht im Sinne des Rechts und auch nicht im Interesse des Strafvollzugs im allgemeinen.

Doch wird ja von den Verfechtern der v. Z. hauptsächlich gefordert und als Errungenschaft, welche durch diese erreicht werden soll, nicht in erster Linie die andere Bestrafung, auch die mildere Bestrafung, sondern hauptsächlich die andere Behandlung der Minderwertigen im Sinne der Heilung und, wo dies nicht möglich ist, der Sicherung hervorgehoben. Umstände, die für weitgehendste Milde sprechen, sind ja auch bei normalen Rechtbrechern oft genug vorhanden, und ist ein geistig minderwertiger Rechtbrecher noch zurechnungfähig und strafbar, so erscheint gar oft gerade besondere Milde zur Abschreckung, überhaupt zur Sozialmachung sehr wenig am Platze.

Was die andere Behandlung im Sinne der Heilung und Besserung betrifft, so müssen wir ehrlich sein gegen uns selbst und müssen uns fragen: Können wir versprechen, daß wir die erheblich minderwertigen Rechtbrecher, die ja hauptsächlich in Frage kommen sollen, so heilen und bessern, daß er sich draußen wieder als sozial erweisen? Können wir die Degenerierten aller Art, den Epileptiker, Hysteriker, Instablen, den pathologischen Schwindler und Schwärmer, den stumpfen Landstreicher,



Bettler und Dieb, den sexuell Abnormen, den Exhibitionisten, den schwer entarteten Alkoholiker usw. usw., können wir diese so beeinflussen, bessern und heilen, daß wir mit gutem Gewissen sagen können: Er kann nunmehr aus unserer Aufsicht und Behandlung entlassen werden; er wird sich draußen halten? Während meiner Tätigkeit in Köln ist doch ein großes Material an mir vorbeigezogen, und so oft ich meine Erfahrungen sammle, muß ich mir immer wieder sagen: Die Antwort auf jene Frage wird doch recht bescheiden ausfallen müssen. Wenn wir den Behörden viel versprechen, laufen wir Gefahr, auch hier an unserem Ansehen zu verlieren.

Leichtere und akutere Krankheitzustände sind einer Behandlung natürlich eher zugänglich. Es ist aber meine Ansicht, daß es viel erwünschter ist, daß auf administrativem Wege Neuerungen und Verbesserungen gefordert und geschaffen werden, als durch solche tief einschneidende Bestimmungen im Strafgesetzbuch. Es gehört heute fast Mut dazu auszusprechen, daß es auch heute schon bei verständiger Handhabung des Strafvollzugs und einigem Zusammenwirken von Beamten und Anstaltarzt möglich ist, auf diesem Gebiete etwas zu erreichen. Es ist aber so. Weit mehr muß allerdings zweifellos noch geschehen.

Eine weitere Frage: Können wir nun nicht heilen und bessern, so soll der minderwertige Rechtbrecher, wenn er der Öffentlichkeit schädlich ist, auf dem Wege der v. Z. gesichert werden. Daß in dieser Beziehung durch weit umfangreichere Vorkehrungen und Bestimmungen die Öffentlichkeit geschützt werden muß, als bisher, darüber brauchen wir kein Wort zu verlieren. Das ist die allgemeine und sicher auch unsere Überzeugung. Daß dies aber auch auf dem Wege der v. Z. geschehen soll, dagegen habe ich wiederum die allergrößten Bedenken sowohl gerichtlichmedizinischer Art als Bedenken in bezug auf unser Krankenhauswesen. Auf der einen Seite strafen und im Sinne der Rechtsüberzeugung des Volkes ein schweres Übel antun und auf der anderen Seite durch richterliches Urteil eine Krankheit, die zum Rechtbruch geführt hat, heilen wollen, diese Kombination halte ich überhaupt für ein Unding; ebenso und noch mehr: zuerst strafen und die Strafe absitzen lassen und dann mittelst Straferkenntnisses nachher zur Heilung oder Sicherung in eine Heil- und Pflegeanstalt internieren. Und was die Unschädlichmachung und Internierung wegen geistiger Minderwertigkeit angeht, so stehe ich durchaus auf dem Standpunkt: Wenn wir ein Individuum wegen geistiger Minderwertigkeit nicht für fähig halten, draußen sozial zu leben, und wenn wir deshalb fordern, daß es gesichert wird, vielleicht auf Lebenszeit — damit müssen wir rechnen —, dann können wir unbedenklich auch annehmen, ja wir müssen das, daß es überhaupt nicht zurechnungfähig und nicht strafbar ist. Jeder andere Standpunkt führt ab vom Recht und hat auch schwere weitgehende Konsequenzen für unser Krankenhauswesen. Es ist nun gar keine Frage, daß namentlich in denjenigen Bundes-



staaten, in denen die Irrenanstalten nicht in der Hand der Staatsverwaltung sind, wie in dem größten Bundesstaat Preußen, auch in Zukunft absolut klare Scheidung zwischen Strafvollzug und Krankenhausbehandlung gefordert werden wird, und daß, mögen wir hier beschließen, was wir wollen, an diesem Prinzip streng festgehalten werden wird. Dadurch fällt mancher sehr in Betracht kommende Modus der Sicherung gefährlicher verbrecherischer Elemente weg. Ein großer Teil der wegen geistiger Minderwertigkeit im Sinne der v. Z. verurteilten und zu detinierenden Verbrecher wird auch in Zukunft den Irrenanstalten zufallen, nach meiner Überzeugung in noch größerem Umfange wie früher und dazu noch unter weit erschwerenden Umständen. Damit werden Prinzipien und Anschauungen durchbrochen, die wir uns mühsam erkämpft haben.

Sobald die Einlieferung durch richterliches Strafurteil geschieht, hören unsere Irrenanstalten auf, nur Krankenhäuser zu sein. Ich will auf das Material, welches wir dann in die Irrenanstalten bekommen, und das Tun und Treiben dieser Elemente hier, sowie auf die anstalttechnischen Seiten gar nicht eingehen. Jedenfalls ist es mir, solange diese Fragen nicht geklärt sind, ganz unverständlich, wie man sagen kann: Wir Irrenärzte sind in Mehrzahl für die Einführung der v. Z. Sehen wir uns doch den Vorentwurf an und wir werden die Gefahr erkennen. Wir und unsere Anstalten sind doch die Leidtragenden. Zu allererst sollte doch die Frage entschieden sein: wohin mit den vermindert Zurechnungfähigen? und je nach dem Ausfall der Beantwortung dieser Frage sollten wir uns, soweit das Anstaltinteresse maßgebend ist, entscheiden für oder wider die Bestimmung der v. Z.

Doch ist zur ganzen Frage meine Meinung: Schaffe man doch klare und weitgehende Bestimmungen über die Sicherung der wegen Geistesstörung und geistiger Minderwertigkeit freigesprochenen und außer Verfolgung gesetzten Rechtbrecher im Strafgesetzbuch, fordere man z. B., daß bei jeder Freisprechung und Außerverfolgungsetzung, etwa ähnlich wie heute im § 56 bei den Jugendlichen, über den späteren Verbleib des Rechtbrechers entschieden werden muß; umgebe man die Entlassung dieser Leute in die Freiheit mit den weitgehendsten Kautelen, weit mehr als bisher, so kann man nach meiner Überzeugung zum Schutze der Gesellschaft, soviel man hier überhaupt erreichen kann ebenso zum Ziele kommen und in einer Weise die sich in den Grenzen der Rechtsphäre hält. Die Rechtsprechung wird unbedenklich dem Bedürfnis entgegenkommen können und auch entgegenkommen.

Aber wir Ärzte sollten uns doch in erster Linie hüten, gerade auf diesem für uns sehr heiklen Gebiete Kompromisse zu unterstützen, die den Boden des Rechts nicht scharf innehalten. Die angestrebten Bestimmungen der v. Z. erschweren unsere Stellung und unsere Aufgabe auch den Kranken gegenüber, die großenteils dafür ein sehr feines Verständnis haben, ungemein und fördern die Gefahr, Ärzte und Kranken-



anstalten in der Volksmeinung zu schädigen und alte glücklich überwundene Voreingenommenheiten und Auffassungen über Geistesstörungen und Irrenpflege wieder wachzurufen.

Aschaffenburg-Köln verkennt nicht, daß die Bedenken von *Wilmanns* zum Teil sehr berechtigt sind, aber es ist seiner Meinung nach kein Grund, die verminderte Zurechnungfähigkeit abzulehnen. Wenn sich Richter und untüchtige Sachverständige in Zukunft da, wo volle Unzurechnungfähigkeit vorliegt, mit der Annahme der verminderten Zurechnungfähigkeit begnügen werden, so dürften dieselben Richter und Sachverständigen heutzutage die volle Zurechnungfähigkeit annehmen. Außerdem kann bessere Ausbildung diese Unfähigkeit zum Verschwinden bringen; und daß dies nicht restlos geht, kann doch kaum ernstlich gegen die verminderte Zurechnungfähigkeit ins Feld geführt werden.

Daß Zustände bestehen, bei denen wir nicht berechtigt sind, als Psychiater für die Unzurechnungfähigkeit einzutreten, und die auf der andern Seite auch nicht als volle Zurechnungfähigkeit betrachtet werden können, bedarf in diesem Kreise keiner Begründung. Zwei Gründe veranlassen mich deshalb, aufs Entschiedenste dafür einzutreten, daß diesen Zwischenzuständen das neue Gesetz Rechnung trägt: einmal der Grund, daß das Prinzip der Gerechtigkeit, auf dem unser ganzes Strafrecht und die ganze Strafrechtpflege ausgebildet ist, verlangt, daß auch dem Verbrecher gegenüber nichts Ungerechtes geschieht; deshalb muß, solange auch unsere Gesetzgebung das Vergeltungsprinzip nicht ganz über Bord wirft, aus Gründen der Gerechtigkeit der Zustand der verminderten Zurechnungfähigkeit gesetzlich anerkannt werden. Der zweite Grund ist der, daß mit einer milderen Strafe nicht das im Interesse der öffentlichen Rechtsicherheit und auch im Interesse der vermindert Zurechnungfähigen selbst Richtige geschieht; gerade bei ihnen muß aufs Ernsteste erwogen werden, welche Maßnahmen am zweckmäßigsten sind. Das Bedenken *Wilmanns*, daß wir nicht Anstalten genug besitzen werden, ist sicher nicht unberechtigt, aber man darf sich doch nicht verhehlen, daß ein großer Teil der vermindert Zurechnungfähigen auch jetzt dauernd in Strafanstalten sich befindet, und daß demnach einige Anstalten, wie das schon in Preußen versuchweise geschehen ist, dem besonderen Charakter der Insassen angepaßt werden können.

Das sind alles Fragen von großer Schwierigkeit, aber es wäre meines Erachtens falsch, wenn wir aus Furcht vor diesen Schwierigkeiten von einer Forderung absehen würden, deren theoretische Richtigkeit wohl mit vereinzelten Ausnahmen ganz allgemein seitens der Fachkollegen anerkannt worden ist. Wir haben jahrelang die Führung in dieser wichtigen Frage vor den Juristen gehabt, und ich würde es sehr bedauern, wenn wir jetzt, wo wir die Gewißheit haben, daß unsere Wünsche erfüllt werden, auf einmal dazu übergehen wollten, das Werk, daß wir so mühsam aufgebaut haben, wieder zu zerstören.

Gaupp-Tübingen: Auch ich verkenne die Schwierigkeiten, die mit der Einführung des Begriffes der verminderten Zurechnungfähigkeit entstehen werden, nicht, würdige auch die Bedenken von *Wilmanns* und *Longard* sehr wohl, aber diese Schwierigkeiten dürfen nicht dazu führen, den großen Fortschritt, den die Anerkennung der v. Z. bedeutet, wieder zu gefährden. Dagegen scheint mir der Gedanke von *Wilmanns*, daß genaue Untersuchungen über die Häufigkeit und Eigenart der vermindert Zurechnungfähigen an einem großen Material gemacht werden müssen, um den gesetzgebenden Faktoren bessere Unterlagen für die Beurteilung der Konsequenzen eines neuen Gesetzes zu verschaffen, sehr wichtig. Ich glaube, wir sollten dieser praktischen Arbeit nähertreten. Nach den allgemeinen Anschauungen passen die vermindert Zurechnungfähigen weder in die Strafanstalten noch in die Irrenanstalten, wohin also mit ihnen, wenn sie künftig im Gesetz eine andere Behandlung erfahren? Neue Anstalten müssen gebaut, ganz neue Institutionen geschaffen werden. Aber niemand hat bis jetzt einen klaren Begriff davon, in welchem Maße dies nötig sein wird. Zweifellos geht der Vorentwurf hier nicht von ganz richtigen Erwägungen aus. Es gibt nur wenige exakte Untersuchungen (*Bonhöffer* usw.) über die Zahl der vermindert Zurechnungfähigen unter den Insassen der Strafanstalten, Arbeitshäuser usw. Ich unterstütze also diese Ansicht von *Wilmanns* über die Notwendigkeit detaillierter Spezialuntersuchungen auf diesem Gebiet und würde mich freuen, wenn der Verein den Plan zu dem seinigen machen würde, damit die einzelnen Arbeiter sich seiner autoritativen Beihilfe erfreuen dürfen.

G. stellt darauf gemeinsam mit *Aschaffenburg* den Antrag, daß zu diesem Zwecke eine Kommission gewählt werden solle.

Vors. hat Bedenken. In unseren Anstalten wird sich Jeder selbst ein Bild machen. Eine Kommission wäre doch wesentlich auf die Strafanstalten hingewiesen.

Meyer-Königsberg schließt sich Herrn Vors. in bezug auf die Bedenken gegen den Vorschlag des Herrn *Gaupp* an. *Meyer* hält ferner die Resignation gegenüber den Verwahrungsanstalten für zu weitgehend; er glaubt gerade mit Rücksicht auf das Referat von *Bonhöffer*, der wieder auf die große Bedeutung psychischer und psychogener Momente hingewiesen hat, daß in diesen Anstalten doch manche Erfolge zu erzielen sein werden.

Sommer-Gießen: Der Begriff der verminderten Zurechnungfähigkeit ist seiner Art nach kein psychiatrischer, sondern ein rein strafrechtlicher, da er von dem Ausdruck der Zurechnungfähigkeit ausgeht. Dieser kommt in der Fassung des jetzigen § 51 nicht vor, und auch in dem entsprechenden § 63 des Vorentwurfes wird nicht von einer verminderten Zurechnungfähigkeit, sondern entsprechend der Formulierung des Relativsatzes am Schlusse des ersten Teils dieses Paragraphen von einer Verminderung der freien Willensbestimmung gesprochen. Prinzipiell stehe ich auf dem



Standpunkt, daß wir Psychiater zur Bezeichnung des Mittelgebietes zwischen ausgeprägter Geisteskrankheit und geistiger Normalität, welches im Grunde bei der verminderten Zurechnungfähigkeit gemeint ist, psychiatrische Ausdrücke vorziehen sollen. Ich habe nun schon früher, nämlich bei der Versammlung der Landesgruppe der internationalen Kriminalistischen Vereinigung in Stuttgart und in dem Vergleich des Deutschen und Österreichischen Vorentwurfes in der Klinik für psychische und nervöse Krankheiten Bd. V Heft 4 vorgeschlagen, aus dem großen Gebiet der verminderten Zurechnungfähigkeit eine psychiatrische Gruppe unter dem Ausdruck der Geistesschwäche herauszuheben und diesen Begriff neben dem der Geisteskrankheit an Stelle des vollständig zu verwerfenden Ausdruckes „Blödsinn", der im § 63 des Vorentwurfes aufgenommen worden ist, einzuführen. Wird der Begriff der Geistesschwäche in dem § 63 als Grund zu der eventuellen Freisprechung aufgenommen, so wird dadurch eventuell vermieden, daß unter Anwendung der Bestimmungen über die verminderte Zurechnungfähigkeit bzw. die Verminderung der freien Willensbestimmung Menschen bestraft werden, die bei der ganzen Natur ihres Zustandes von vornherein als Geisteschwache unter psychiatrische Aufsicht gehören. Außerdem hätte diese Einführung die praktische Wirkung, daß bei Personen, die wegen Geistesschwäche freigesprochen werden, auf Grund des § 6, 1 des BGB. die Entmündigungsfrage geprüft und in sehr vielen Fällen bestätigt werden könnte. Ich sehe in der Entmündigung von kriminellen Geistesschwachen ein viel besseres Mittel der sozialen Prophylaxe als in einer geringen Bestrafung mit zum Teil halb psychiatrischen Nebenwirkungen unter dem Begriff der verminderten Zurechnungfähigkeit. Der Einwand, daß Geistesschwäche kein klinischer Begriff sei, ist nicht stichhaltig. Im Sinne des BGB. sind darunter Fälle von geringerem Grade geistiger Störung zu verstehen, nicht etwa angeborener Schwachsinn oder andere Gruppen von Geisteskrankheit. Auch die klinische Psychiatrie hat z. B. in dem Gebiet des angeborenen Schwachsinns Ausdrücke für die verschiedenen Grade der Störung geschaffen (Idiotie, Imbezillität, Debilität), so daß nicht etwa graduelle Begriffe als unklinisch abgelehnt werden können. Die Einführung eines solchen Mittelbegriffs zwischen Geisteskrankheit und geistiger Gesundheit in dem zukünftigen § 63 würde einen wesentlich und zwar seiner Natur nach psychiatrischen Fortschritt bedeuten, während der Ausdruck „Verminderung der freien Willensbestimmung" oder auch der Begriff „verminderte Zurechnungfähigkeit" sicher vielfach praktische Schwierigkeiten veranlassen wird.

Der Vors. bemerkt hierzu: Die Geistesschwäche des § 6 BGB. ist kein klinischer Begriff. Er bittet, hier nicht auf die Entmündigung, eine als Schutzmaßregel gedachte Rechtsbestimmung, näher einzugehen, es würde das uns zu weit von dem besprochenen Satze abführen.



Kluge-Potsdam: Für die Erledigung der Frage nach der Zahl der sog. vermindert Zurechnungfähigen wird die Feststellung des Prozentsatzes derjenigen Fürsorgezöglinge, welche wegen ihrer Defekte und Abnormitäten nicht in die Erziehungsanstalten gehören, sondern in besonderen Zwischenanstalten untergebracht werden sollen, von Nutzen sein können. Ich möchte daher anregen, die Ergebnisse solcher Untersuchungen der einzelnen Provinzen und Kommunalverbände an eine Sammelstelle gelangen zu lassen, etwa an Professor *Cramer*.

Neißer-Bunzlau: Trotz der Anerkennung der von *Wilmanns* und *Longard* vorgetragenen Bedenken glaube ich, daß man heute der großen Gruppe der Zwischenstufen eine gesonderte praktische Behandlung gesetzlich sichern muß. Es ist formuliert worden: Verminderte Zurechnungfähigkeit gleich verminderter Schuld. Leider stimmt aber für einen erheblichen Teil der Elemente auch der Satz: Verminderte Zurechnungfähigkeit gleich erhöhter Gemeingefährlichkeit. Deshalb würden gewiß noch manche Kollegen ihre Bedenken zurückstellen, wenn es schon jetzt sichergestellt werden könnte, daß die fraglichen Elemente nicht den gewöhnlichen Anstalten zufließen. Diese Unsicherheit sollte uns aber nicht an einer grundsätzlichen Stellungnahme hindern. Ich glaube, daß der Satz III von der Kommission so unverbindlich und vorsichtig abgefaßt ist, daß wir demselben mit gutem Gewissen zustimmen können.

Vocke-Eglfing ist gegen den Antrag *Gaupp*. Bei einer Erhebung in Bayern über die Zahl der Geisteskranken in den Strafanstalten und über die Zahl der Kriminellen in den Irrenanstalten kamen die größten Unterschiede zutage, da die subjektive Auffassung der einzelnen Berichterstatter eine zu große Rolle spielt. Außerdem kann man einen Minderwertigen nicht ohne weiteres für gemindert zurechnungfähig erklären oder nicht, sondern es wird stets auf besondere Reate ankommen. Von der beantragten Erhebung ist daher ein brauchbares Material nicht zu erwarten.

Kraepelin-München macht den Vorschlag, man möge statt eine Kommission zu wählen, die Frage nach der Zahl und der Eigenart der gemindert Zurechnungfähigen als Referatthema auf die Tagesordnung einer der nächsten Jahresversammlungen setzen.

Vors. hat auf der Hallenser Versammlung — von denselben Auffassungen ausgehend wie *Gaupp* jetzt — Sammlung von Material empfohlen. Da es aber keine bestimmte Maßgröße gibt, so muß doch jeder seine Überzeugung am eigenen Material gewinnen. Daß eine Kommission als ein unabhängiger und ganz selbständiger Organismus die Frage löse, ist nicht zu erwarten. Er empfiehlt den Antrag *Kraepelin*, es ist schließlich nur eine andere Bezeichnung, wenn zwei Referenten im Sinne des Herrn *Kraepelin* für die Besprechung gebeten werden. Er fügt noch eine Bemerkung hinzu: Weder die soziale Gefährlichkeit aus mangelnder Strafempfänglichkeit noch die Neigung zu Erkrankung war im Laufe der



Zeit in erster Linie bestimmend für Abgrenzung — wesentlich lag doch die Verminderung der Schuld, was ja der Ausdruck verminderte Zurechnungfähigkeit bedeuten sollte, historisch als Grund zur Abtrennung (keineswegs immer nur aus geistiger Erkrankung) vor, und dies gemeinsame Merkmal der so verschiedenartigen Täter wird nicht völlig zu beseitigen sein, wenn es sich jetzt um die Einreihung im Gesetze handelt.

Vocke-Eglfing beantragt die Debatte über die Aufnahme der verminderten freien Willensbestimmung ins Strafgesetzbuch zu schließen und abzustimmen.

Aschaffenburg und *Gaupp* beantragen, es möge eine Kommission eingesetzt werden, die an sorgfältig ausgewähltem Materiale Zahl und Art der vermindert Zurechnungfähigen und der dadurch bedingten Behandlungsarten studieren und dem Verein darüber berichten solle.

Cramer schlägt vor, diese Kommission der *Kraepelin*schen als Untersuchungskommission anzugliedern.

V o r s. stellt daraufhin These 3 zur Abstimmung und bemerkt dazu, daß auch die Herren, die der verminderten Zurechnungfähigkeit mit Zurückhaltung gegenüberstehen, sich mit den Vorschlägen für Berücksichtigung der Abweichungen, die ja allgemein gefaßt sind, einverstanden erklären können. Es sind für die Maßregeln der Verwahrung und Sicherung noch eingehende Erwägungen für nötig erklärt und der besonderen Forschung vorbehalten.

Hierauf erklärt sich die Versammlung einstimmig mit dem grundsätzlichen Inhalt des Leitsatzes 3 einverstanden.

Es wird nun zur Beratung des Zusatzantrages *Aschaffenburg-Gaupp* geschritten.

Gaupp-Tübingen begründet seinen mit *Aschaffenburg* zusammen formulierten Antrag nochmals; er erwartet von einem Referat nicht mehr als eine Zusammenstellung der bisher in der Literatur niedergelegten Anschauungen, während hier ganz neue Untersuchungen von mehreren Mitarbeitern nach einheitlichem Programm erforderlich sind. Solche Untersuchungen kosten Geld und verlangen weit mehr Zeit, als der Referent (der ja meist erst im Oktober für die kommende Frühjahrsversammlung ernannt wird) einer solchen riesigen Aufgabe widmen kann.

Kraepelin zieht ein Referat vor; die Einsetzung einer Kommission könnte den Eindruck erwecken, als fingen wir jetzt erst an, uns mit der Sache zu beschäftigen.

Nach Schlußworten von *Aschaffenburg* und *Wilmanns* wird der Antrag, eine Kommission zu wählen, abgelehnt, dagegen der Vorschlag *Kraepelins* angenommen, wonach die Zahl und Eigenart der vermindert Zurechnungfähigen in einem Referat auf der übernächsten Versammlung behandelt werden soll.

Zu L e i t s a t z IV stellt *Delbrück*-Bremen folgende Zusatzanträge:

1. Im Falle von Bewußtlosigkeit infolge selbstverschuldeter Trunken-



heit sollte nach *Stiers* Vorschlag nicht die Tat selbst, wie bei fahrlässiger Begehung, mit Strafe bedroht werden, sondern die Trunkenheit als solche, analog den Bestimmungen der §§ 306/3 und 309/6 des Vorentwurfs.

2. Die Einweisung in Trinkeranstalten sollte unabhängig von der Bestrafung ganz allgemein empfohlen werden, nicht nur im Falle der Gemeingefährlichkeit, sondern zum Zwecke der zwangweisen Behandlung, entsprechend den Bestimmungen des § 43 des Vorentwurfs.

3. Die Entlassung aus den Trinkeranstalten sollte nur auf Widerruf erfolgen.

Delbrück nimmt an, daß man mit den Vorschlägen allgemein einverstanden sei und beantragt, für den Fall, daß diese Annahme zutrifft, folgende Abänderung der These IV:

Absatz 1 Zusatz. Wenn in solchen Fällen keine volle Straflosigkeit eintreten soll, wäre am besten die Trunkenheit als solche (analog den Bestimmungen des § 306/3 der Nr. 3) zu bestrafen.

Absatz 2 umzuändern: „— ..... überall, wo diese Maßregel erforderlich erscheint, um den Verurteilten wieder an ein gesetzmäßiges und geordnetes Leben zu gewöhnen.

Einzuschalten zwischen 2 und 3: Die Entlassung aus der Trinkerheilanstalt sollte vor Ablauf des Höchstmaßes des Aufenthaltes nur auf Wiederruf erfolgen.

Da von verschiedenen Seiten Bedenken geäußert werden, erhält *Delbrück* seinen Antrag nicht aufrecht.

Heilbronner-Utrecht glaubt, daß bei der Erstattung des eben beschlossenen Referates auch die Frage der Behandlung der Trinker berücksichtigt werden wird, und warnt vor der Fassung von schwerwiegenden Beschlüssen ohne spezielle Vorbereitung möglicherweise durch Zufallsmajoritäten.

Die Frage wird darauf als Material für die nächste Berichterstattung überwiesen.

Zu **These 5** bemerkt

Longard-Sigmaringen: Jeder mit dem Strafvollzug Kundige weiß, daß diese Schärfungen, harte Lagerstätte und magere Kost, eine sehr harte Maßregel sind. Die Gefangenen kommen teilweise dabei in ihrem Kräftezustand herunter, besonders wenn sie nicht mehr jung sind; auch seelisch wirken die Schärfungen oft sehr ungünstig, verbitternd, ein; sie hindern die Nachtruhe, so daß die Gefangenen bei Tage nicht mehr ordentlich arbeiten können. Bekanntlich wurden sie bisher nur als Disziplinarmittel angewandt, und es besteht kein Bedenken, daß dies mit Vorsicht auch in Zukunft so gehandbabt wird. Indeß ist aber auch hierbei hervorzuheben, daß alle Erfahrungen dazu geführt haben, die Strafvollzugbeamten zu veranlassen, mit ihrer Verhängung äußerst vorsichtig zu sein und sie nach Möglichkeit einzuschränken, zumal sich gezeigt hat, daß man meist mit milderen Beeinflussungen bessere Erfolge erzielt. Daß diese



Schärfungen in gewissen Fällen gut wirken können und wohl auch vereinzelt günstig wirken könnten im Sinne des § 18 des V.E.; das soll ja nicht bestritten werden.

Nun sollen trotz der gemachten Erfahrungen diese Schärfungen wieder ins Strafgesetzbuch eingeführt und im Strafurteil vom Richter verhängt werden. Ärztlich bestehen die größten Bedenken dagegen. Diese Schärfungen im Sinne des § 18 des V.E. stellen eine viele härtere Maßregel dar, als die bisherige Handhabung. Sie sollen periodisch verabfolgt werden, so daß die Gefangenen die qualvolle Zeit immer berechnen. Dabei sitzen die Gefangenen in Einzelhaft, was wegen der erhöhten Gefahr seelischer Erkrankung sehr zu beachten ist. Vom Richter ausgesprochen bedeuten diese Schärfungen nichts anderes, als eine Art Prügelstrafe. In früherer Zeit hat man in Baden mit ihrer urteilmäßigen, richterlichen Verhängung die allerschlimmmsten Erfahrungen gemacht in gesundheitlicher Hinsicht. Ich weise auf die Veröffentlichungen von *Gutsch* hin.

Nun soll ja allerdings der Gefangene vorher untersucht werden. Das schützt indeß vor Schädigungen nicht. Ebensowenig, wie der Richter vorher wissen kann, wie diese Maßregel wirken wird, kann dies der Arzt voraussagen. Da die Behandlung vom Richter vorgezeichnet ist, wird man doch immer suchen, das Strafurteil auch zur Vollstreckung zu bringen. Man nimmt damit den Strafvollzugbeamten von vornherein die Möglichkeit der individuellen Behandlung, die allerseits doch angestrebt wird. Gerade unter den gefühlsrohen Menschen des § 18 befinden sich zu einem großen Prozentsatz Defektmenschen, bei denen die individuelle Behandlung auch im Interesse des ganzen Strafvollzuges durchaus nötig ist.

Nun wollen die Freunde der v. Z. eine andere Behandlung der Minderwertigen auch im Strafvollzug erreichen. Wenn wir nun ohne weiteres sagen, man möchte doch die Minderwertigen von diesen Schärfungen frei lassen, so klingt dies angesichts der ganzen Bestrebungen nicht ganz verständlich. Das sollte doch selbstverständlich sein. Indirekt geben wir damit zu, daß wir sonst mit dieser Maßregel einverstanden sind. Wir müssen uns überhaupt mit Rücksicht auf das geistige und körperliche Wohlbefinden der Gefangenen gegen diesen Gesetzesparagraphen aussprechen.

Ich stelle den Antrag, zu dem Leitsatz hinzuzufügen: „Gegen die Einführung der Strafschärfungen bestehen in gesundheitlicher Beziehung auch für die normalen Gefangenen schwerwiegende Bedenken“.

Heilbronner-Utrecht schlägt vor, nach „können“ das Wort „jedenfalls“ einzufügen, um ein Urteil über die Zulässigkeit von Strafschärfungen bei Gesunden zu vermeiden.

Kraepelin-München weist darauf hin, daß es in dem Leitsatz V „§ 63 Abs. 3“ nicht „Abs. 4“ heißen müsse. Er warnt davor, sich in die Behandlung Normaler einzumischen.

Daraufhin zieht *Longard* seinen Antrag zurück.



Der Antrag *Heilbronner* wird einstimmig angenommen.

Bei These VI wird das Wort Vorschlag gestrichen, im übrigen wird sie ebenso wie These VII unverändert angenommen.

Zu These VIII spricht

Generalstaatsanwalt *Rupp*: Es scheint sich hier um ein Mißverständnis zu handeln. Das Minimum der Strafe beträgt nicht wie bemerkt wurde 10 Jahre, sondern bei Totschlag, § 213, der gegenüber ehelichen Müttern angenommen würde, bei der in solchen Fällen wie die erwähnten sicheren Annahme mildernder Umstände 1 Jahr Gefängnis gegenüber 6 Monaten bei unehelichen Müttern.

Nachdem schon der Vorsitzende darauf hingewiesen, daß die These VIII wohl über die Kompetenz der Versammlung hinausgehe, wird von *Stoltenhoff*-Kortau die Bitte ausgesprochen, sie einfach abzulehnen, da die Versammlung zweifellos nicht zuständig sei und die Annahme der These Kopfschütteln bei den gesetzgebenden Körperschaften erregen würde.

Nachdem auch *Cramer* sich hierfür ausgesprochen, wird These VIII gestrichen.

These IX schlägt *Stoltenhoff*-Kortau vor aus den gleichen Gründen wie These VIII abzulehnen.

Zinn-Eberswalde: Die Bedenken, die gegen diesen Vorschlag, den uns die These IX bringt, namentlich auch bezüglich der Verquickung mit dem Paragraphen betreffend die Gefangenenbefreiung, unsererseits obwalten, sind in den uns von der Justizkommission des Vereins zugestellten Bemerkungen zum Vorentwurf des Strafgesetzbuches von Herrn Kollegen *Vocke* treffend beleuchtet worden. Die These IX bringt nach meinem Dafürhalten die Anstaltärzte in eine eigenartige Situation gegenüber dem Wartpersonal und birgt zugleich nicht geringe Gefahren für das Anstaltpersonal in sich. Die These IX trennt unsere Anstaltkranken in zwei Kategorien, solche, die zur Beobachtung aus Sicherheitsgründen behördlich in die Irrenanstalten eingewiesen sind, einerseits und solche Kranke, für die diese Voraussetzungen nicht zutreffen, andererseits. Die These IX schlägt nun vor, die Befreiung der erstgenannten Kategorie von Kranken unter Strafe zu stellen, die der zweiten Kategorie nicht. Nun ist aber, wie allgemein bekannt, die Zahl der gefährlichen Kranken mit den in der These IX genauer qualifizierten Personen keineswegs erschöpft. Auch unter den anderen Kranken befinden sich nicht wenige, deren Befreiung aus der Irrenanstalt gleich bedenklich erscheinen muß. Ein Wärter, der einen solchen Kranken vorsätzlich befreit, soll nach dem Inhalt der These IX strafrechtlich nicht verfolgt werden können. Das halte ich schon aus disziplinären Gründen für verwerflich, zugleich liegt darin eine große Gefahr für das Wartpersonal, herantretenden Versuchungen leichter zu erliegen, als wenn es sich für solche Fälle auch noch strafrechtlich bedroht sieht. Und dann weiter will es mir nicht zweifelhaft erscheinen,



daß wir mit dem Vorschlag der These IX nun auch noch die Verpflichtung übernehmen, Maßnahmen zu treffen, um dem Anstaltpersonal die Kenntnis dieser besonders qualifizierten Kranken in einwandfreier Weise sichern. Daß dem so ist, entnehme ich aus einem Schreiben der Aufsichtbehörde, das vor einiger Zeit an die Anstalten ergangen ist. Dieses Schreiben geht davon aus, daß es gelegentlich nicht möglich war, Wärter wegen vorsätzlicher Befreiung von Geisteskranken zu bestrafen, weil ihnen nicht nachgewiesen werden konnte, daß ihnen die Tatsache der behördlichen Einweisung dieser Kranken in die Anstalt bewußt sein mußte. Anläßlich dieses Vorganges wird in demselben Schreiben um Mitteilung von Maßnahmen gebeten, die dem Wartpersonal diese Kenntnis zuverlässig sichern können. Es wird darauf hingewiesen, daß im allgemeinen dem Personal wohl die Kranken in den sog. festen Häusern als so qualifizierte zu gelten haben werden. Das ist aber insofern nicht ganz richtig, als in diesen festen Häusern sich nicht selten auch Kranke befinden, die nicht behördlich eingeliefert sind und sich lediglich auf Grund ihrer Krankheiterscheinungen dort befinden. Weiter wird in demselben Schreiben angedeutet, ob nicht durch fortlaufende Bekanntgabe von Listen mit den Namen dieser Kranken an das Wartpersonal oder etwa durch ein nicht auffälliges aber nicht leicht zu übersehendes Kennzeichen an der Kleidung diese Kranken dem Personale erkenntlich gemacht werden könnten. Daß dies nicht angeht, bedarf hier keiner weiteren Begründung. Endlich muß ich noch ganz besonders davor warnen, die in Rede stehende Straftat unter dem Strafparagraphen der Gefangenenbefreiung aufzunehmen. In diesem § 129 des Vorentwurfs wird in Absatz 3 auch die fahrlässige Befreiung unter Strafe gestellt. Aus begreiflichen Gründen muß unsererseits die Einbeziehung des Begriffes der Fahrlässigkiet aus unserem Vorschlage in der These IX verschwinden.

Ich komme demnach zu dem Schluß, entweder die These IX nach dem Vorschlag von *Stoltenhoff* überhaupt fortzulassen oder, da eine Strafbestimmung doch wohl nötig ist, der These IX folgende Fassung zu geben:

„Die vorsätzliche Befreiung von Geisteskranken aus Irrenanstalten und von Personen, die zur Beobachtung ihres Geisteszustandes in eine Irrenanstalt eingewiesen sind, ebenso die Beihilfe dazu, ist im Strafgesetzbuch unter Strafe zu stellen."

Vocke-Eglfing ersucht die These zu belassen, da sonst die Bestimmungen über die Gefangenenbefreiung analoge Anwendung auf Krankenbefreiung finden, was für Anstaltleiter schwere Folgen haben kann, da auch fahrlässige Gefangenenbefreiung mit Strafe bedroht ist.

Heilbronner-Utrecht weist darauf hin, daß die These in der vorliegenden Fassung auch Personen betreffen würde, welche im zivilrechtlichen (Entmündigungs-) Verfahren zur Beobachtung aufgenommen wurden, und gibt in Erwägung, den Vorschlag evtl. auf die im Strafver-



fahren zur Beobachtung aufgenommenen Personen zu beschränken, wenn eine derartige Ausdehnung nicht beabsichtigt ist.

Moeli: Die Entführung von polizeilich eingewiesenen Geisteskranken in gleicher Weise bestraft zu sehen wie die Befreiung von Gefangenen ist aus naheliegenden Gründen keineswegs erwünscht. Es ist also Vorsicht bei der Behandlung dieses Punktes nötig.

Mörchen-Ahrweiler bemerkt, daß nach der jetzigen Rechtslage selbst wegen Geisteskrankheit entmündigte, also sonst in jeder Hinsicht dem Kinde rechtlich gleichstehende Kranke aus dem Anstaltgewahrsam entführt werden können, ohne daß der Vormund eine Bestrafung des Entführenden erreichen könnte.

Vocke-Eglfing erwidert *Mörchen:* Die Befreiung von unter Vormundschaft stehenden Kranken, die nicht gemeingefährlich sind, kann nie unter Gefangenenbefreiung fallen. Sie könnte nur durch Ausdehnung des Kinderraub-Paragraphen auf die wegen Geisteskrankheit unter Vormundschaft Stehenden getroffen werden.

Mörchen: Darauf ist in einem bestimmten Falle hingewiesen und vom Staatsanwalt die Lücke im Gesetz zugegeben worden.

Cramer: Wird der Antrag *Zinn* angenommen, so werden wir bei jeder Entweichung, die gewaltsam erfolgt, vor der Gefahr eines Prozesses stehen, und unsere Anstalten werden den Gefangenenanstalten ähnlicher.

Kraepelin-München schlägt vor, hinzuzusetzen, daß eine Strafverfolgung nur auf Antrag des Protektors des Kranken oder der zuständigen Behörde erfolgen soll.

Zinn-Eberswalde: Gegen den Antrag des Herrn *Kraepelin* habe ich nichts einzuwenden. Ich halte ihn nicht für unbedingt notwendig, da es in der Hand des Direktors liegt, dem Staatsanwalt Anzeige zu erstatten oder nicht, gebe aber anheim, ihn als Zusatzantrag meinem Vorschlag hinzuzufügen.

Moeli: Wird der Antrag *Zinn* eingefügt, so muß in jedem Fall Anzeige erstattet werden.

Kraepelin: Der Staatsanwalt hat, sobald wir das hineinbringen, die Befugnis, ex officio einzuschreiten.

Der Antrag *Stoltenhoff* wird abgelehnt und der Antrag *Zinn* mit dem Zusatzantrag *Kraepelin* durch Majorität angenommen.

Die Leitsätze sind danach in folgender Fassung von der Versammlung angenommen worden:

I. Die Bezeichnung der psychischen Krankheitzustände (V. E. § 63) kann allgemein gehalten sein, da durch den Zusatz eines psychologisch rechtlichen Merkmals die Bedeutung für die Strafbarkeit der Handlung sich ergibt. Dieser Zusatz sollte die in der psychischen Erkrankung begründete Abweichung im Wirken der Motive bei rechtswidrigem Handeln kennzeichnen. Hiefür kann der Ausdruck „Ausschluß der freien Willensbestimmung" nicht in Betracht kommen.



II. Die Befugnis des Gerichts, die Sicherheitsgefährlichen unter den wegen geistiger Störung Freigesprochenen oder außer Verfolgung Gesetzten in Anstalten für Geisteskranke einzuweisen, entspricht dem Bedürfnisse der Allgemeinheit wie des Einzelnen (§ 65 Abs. 1 des Vorentwurfs). Eine gleiche Maßregel ist auch bei Einstellung des Verfahrens wegen psychischer Störung des Angeschuldigten erforderlich.

Prozessualisch ist in jedem Einzelfall die vorherige Feststellung der Täterschaft anzuordnen. Das im § 65 Abs. 3 des V. E. vorgesehene Verfahren muß von dem Entmündigungsverfahren völlig getrennt gehalten und durch eigene Bestimmungen, etwa ähnlich dem Entwurf der österreichischen Strafprozeßordnung geregelt werden.

Mit Rücksicht auf die große Unsicherheit der Prognose psychischer Störungen ist es bedenklich, die Verwahrung für einen längeren Zeitraum erstmalig oder nach abgewiesenem Einspruch des Verwahrten anzuordnen.

III. Wenn bei dem Täter Abweichungen des psychischen Lebens vorliegen, die das Handeln erheblich beeinflussen, ohne daß dadurch die strafrechtliche Verantwortlichkeit aufgehoben wird, sollte dem richterlichen Ermessen möglichste Freiheit gelassen werden. Solche Personen sollten, soweit es ihr Zustand verlangt, in der Strafvollstreckung getrennt und ihrer Beschaffenheit entsprechend behandelt werden.

Die Maßregeln, die für die nachträgliche sichernde Verwahrung oder Beaufsichtigung solcher Verurteilten in Aussicht genommen sind, bedürfen noch eingehender Erwägung. Namentlich wäre die Frage, von wem und wann die Verwahrung usw. auszusprechen sein würde, noch weiter zu klären. Soweit es sich um Unterbringung in Anstalten handeln würde, könnten die Anstalten für Geisteskranke nicht in Frage kommen.

Neben Benutzung von Verwahrungsanstalten würde die Ausbildung von Hülfs- und Fürsorgemaßregeln besonders ins Auge zu fassen sein.

(Die Vorschriften über die trotz psychischer Mängel Strafbaren würden zweckmäßiger besonders aufgeführt werden.)

IV. Der Stellung des V. E. im allgemeinen gegenüber dem Alkoholismus ist zuzustimmen. Für die Handlungen in Bewußtlosigkeit aus selbstverschuldeter Trunkenheit wird eine andere Bestimmung gesucht werden müssen. Wo bei Gewohnheitstrinkern die Tat mit Trunksucht zusammenhängt, empfiehlt sich eine möglichst allgemeine, d. h. von der Bestrafung unabhängige Benutzung von Trinkeranstalten überall, wo diese Maßregel erforderlich erscheint, um die aus der krankhaften Sucht entstandene Gefährdung der öffentlichen Sicherheit zu verhüten. Eine Zusammenfassung der Bestimmungen über Trunkenheit und Trunksucht sollte erwogen werden.

V. Die Schärfungen des § 18 können jedenfalls bei der nach § 63 Abs. 3 angeführten besonderen Berücksichtigung des Geisteszustandes im Strafvollzug nicht Platz greifen.

VI. Die bedingte Strafaussetzung, besser noch bedingte Verurteilung ist als ein großer Fortschritt zu begrüßen, sie ist bei allen Fällen, bei denen sie Erfolg verspricht, ohne Rücksicht auf Vorstrafen und Strafhöhe empfehlenswert.

VII. Den vorgeschlagenen strafrechtlichen Einrichtungen für die Jugendlichen ist im allgemeinen beizustimmen. Nur können Freiheitstrafen an vermindert zurechnungfähigen Jugendlichen nicht in Heil- und Pflegeanstalten vollzogen werden.

VIII. Die vorsätzliche Befreiung von Geisteskranken aus Anstalten für Geisteskranke und von Personen, die zur Beobachtung ihres Geisteszustandes in eine solche Anstalt eingewiesen sind, ebenso die Beihilfe ist im Strafgesetzbuch unter Strafe zu stellen. Eine Strafverfolgung sollte jedoch nur auf Antrag des gesetzlichen Vertreters des Kranken oder der zuständigen Behörden erfolgen [1]).

Es wird daraufhin vom Vors. vorgeschlagen, bei der übernächsten Sitzung im Jahre 1913 entsprechend den Anregungen von *Kraepelin* und *Delbrück* ein Referat über die s. g. verminderte Zurechnungfähigkeit festzusetzen und hierzu als Referenten *Aschaffenburg* und *Wilmanns* zu wählen, zu denen noch 2 Mitglieder durch die Justizkommission hinzugewählt werden sollen. Die Versammlung beschließt demgemäß.

Als Referatthema für die nächstjährige Versammlung wird von seiten des Vorstandes vorgeschlagen

1. Die Behandlung der Paralyse

und 2. Die Bedeutung der Symptomkomplexe für die Psychiatrie.

Hierzu bemerkt *Kraepelin*, daß ihm das Thema in dieser Form zu weit gefaßt scheine, und daß er es für zweckmäßiger halte, wenn man nur eine einzelne Krankheit, etwa das manisch-depressive Irresein, zu Grunde lege, weil sonst die Erschöpfung des Themas für den Referenten ganz außerordentlich schwierig sein würde.

Es folgt dann der Vortrag von

---

[1]) In den der Versammlung vorgelegten Leitsätzen wichen folgende Paragraphen von obigem Wortlaut ab:

V. Die Schärfungen des § 18 können bei der nach § 63 Abs. 4 angeführten Berücksichtigung des Geisteszustandes im Strafvollzug nicht Platz greifen.

VIII. Mit Rücksicht auf den geistigen Zustand, der häufig bei einer Mutter, die ihr Kind in oder gleich nach der Geburt tötet, besteht, ohne daß § 63 Abs. 2 in Betracht gezogen werden kann, erscheint eine Herabsetzung der unteren Strafgrenze für bestimmte Fälle erwünscht.

IX. Entführung oder Beihülfe dazu von Personen, die zur Beobachtung ihres Geisteszustandes oder aus Sicherheitsgründen behördlich in eine Irrenanstalt überwiesen worden sind, ist in gleicher Weise zu bestrafen wie Gefangenenbefreiung.



Hübner-Bonn: Klinisches über Querulanten.

Ausgehend von der *Kraepelin-Hitzig*schen Ansicht, daß der echte Querulant ein Paranoiker sei, hat Vortragender an der Hand von 18 Fällen aus der Bonner psychiatrischen Klinik und Provinzial-Heilanstalt die Frage einer Prüfung unterzogen, ob der Querulantenwahn eine Krankheiteinheit sei, und in welchen Bedingungen er zum manisch-depressiven Irresein, zur Paranoia und dem degenerativen Irresein steht. Er kommt zu dem Ergebnis, daß der Querulantenwahn keine klinische Einheit ist. Einige wenige Querulanten sind seiner Ansicht nach Paranoiker. Ebenso gibt es vereinzelte dem manisch-depressiven Irresein zugehörige Fälle. Das Gros jedoch gehört zum degenerativen Irresein. Die von *Kraepelin* für den echten Querulanten als charakteristisch angegebenen Symptome finden sich auch bei den degenerativen Fällen, wie im einzelnen näher ausgeführt wird. Insbesondere wird betont, daß die Pseudo-Querulanten gleichfalls Wahnvorstellungen aufweisen können.

Eingehender beschrieben werden gewisse Abweichungen gegenüber der *Kraepelin*schen Auffassung bezüglich der Charakterveranlagung und Wahnentwicklung der echten Querulanten.

Hübner stellt folgende Typen auf: Erstens die paranoischen Querulanten, zweitens Paranoiker, die erst nach Ausbildung eines nicht querulatorischen Systems zu querulieren beginnen, drittens Psychopathen, welche in der Haft, seltener aus anderen Gründen chronische querulatorische Psychosen bekommen, deren weitgehende Abhängigkeit vom Milieu ein auffälliges Kennzeichen ist. Auf die Beziehungen der Prognose dieser Fälle zu ihren allgemeinen kriminellen Tendenzen wird besonders hingewiesen. Viertens werden die Pseudoquerulanten *Kraepelin*s kurz besprochen. In einer fünften Gruppe vereinigt Vortr. die zum manisch-depressiven Irresein gehörigen Fälle. Die Anschauung *Specht*s, daß die echten Querulanten dem manisch-depressiven Irresein zuzurechnen seien, bekämpft *Hübner* mit verschiedenen Einwendungen, in erster Linie betont er den prinzipiellen Grund, daß es nicht angängig sei, Stimmungsschwankungen so heterogener Art wie die der echten Paranoiker (vgl. *E. Meyer*) und eines typisch Manisch-depressiven ohne weiteres zu konfundieren. Außerdem aber bestreitet Vortragender, daß bei allen paranoischen Querulanten manisch-depressive Symptome nachzuweisen seien.

4. Sitzung Samstag, 22. April nachm. 2 Uhr.

IV. Referat. *Liepmann*-Berlin: Über Wernickes Einfluß auf die klinische Psychiatrie.

Die äußere Gestaltung der heutigen Psychiatrie erinnert wenig an die *Wernicke*sche Lehre. Andere Gesichtspunkte der Klassifikation sind besonders unter dem Einfluß *Kraepelin*s in Aufnahme gekommen. Auch *Ziehen*, obgleich sein Standpunkt dem *Wernicke*s näher steht, *Sommer*, *Hoche* und andere fußen in ihrer Einteilung nicht auf *Wernicke*. Trotz-



dem ergibt näheres Eingehen eine tiefgehende Wirkung der *Wernicke*schen Psychiatrie.

Es ist zunächst in stärkster Weise *Wernicke* zuzuschreiben, daß die körperlichen und besonders neurologischen Symptome der Geisteskranken ein eingehendes und tiefdringendes Studium erfahren haben, gegenüber dem zeitweise hervortretenden Bestreben, die Psychiatrie (nicht nur im Unterricht) von der Neurologie loszulösen.

Ganz besonders verdanken wir *Wernicke* das Studium der psychischen Herdsymptome bei den Geisteskranken, welche nicht nur bei Senilen, Arteriosklerotikern, Enzephalomalazischen, Paralytikern, sondern auch bei Delirium tremens, der alkoholischen Demenz, Korsakoffschen Psychose, Epileptikern, Bleikranken, Eklamptischen und manchen noch ungeklärten atrophisierenden Prozessen des Präseniums eine große Rolle spielen. Die Fehlreaktionen, welche an aphasischen und asymbolischen erkannt sind, finden sich bei den Geisteskranken wieder, und ihre Kenntnis orientiert auch über die andersartigen bei Geisteskrankheiten sich findenden Störungen.

Das Spezifische von *Wernicke* war, daß er auch die im engsten Sinne geistigen Störungen dem Gesichtspunkte der Neurophysiologie und Neuropathologie untergeordnet hat.

Nicht der anatomische, sondern der neurophysiologische Gesichtspunkt war bei ihm vorherrschend. Die Störungen der Geisteskranken als Ausdruck gestörter Funktion eines Nervenapparates zu erfassen und so zu zergliedern, daß ihre Elemente an räumlich getrennte Abschnitte des Nervenapparates geknüpft werden können — dem war sein gigantisches Unternehmen gewidmet. Nur in diesem weiteren Sinne war er „lokalisatorisch".

Was er uns hier gegeben hat, läßt sich am besten in einer Gegenüberstellung gegen die heute erfolgreichste Richtung in der Psychiatrie, die *Kraepelin*sche entwickeln.

Wernicke stellt in den Vordergrund die „der Natur des erkrankten Organs entnommenen" Gesichtspunkte: die neurophysiologischen. Er wies daher die Ätiologie als souveränes Einteilungsprinzip ab, worin *Ziehen* auf seiner Seite steht. *Liepmann* erörtert, wie *Wernicke* hier *Kraepelin* und *Nissl* gegenüber prinzipiell vollkommen im Recht ist, wie aber andererseits die radikale Verbannung des Ätiologischen aus der Klassifikation nicht glücklich war. Zur praktischen durchgängigen Klassifikation eignen sich die neurophysiologischen Gesichtspunkte noch nicht.

Daher war es ein großes Verdienst von *Kraepelin*, anderen mehr allgemeinpathologischen Momenten (Noxe, Erblichkeit, Ausgang, Beziehung zu Pubertät, Senium usw. und bes. dem Verlauf) die gebührende Stellung in der Klassifikation gegeben zu haben (bei *Wernicke* das Räumliche, bei *Kraepelin* das Zeitliche).

Liepmann führt aus, wie trotz des großen Gewinnes, den die Psy-



chiatrie davon hatte, der *Wernicke*sche Standpunkt der Überspannung dieser klassifikatorischen Bestrebungen ein heilsames Gegengewicht gesetzt hat. Nicht nur ist der Versuch der Aufteilung aller Psychosen in solche großen Ursachenverlaufsklassen aussichtlos, ja die Alleinherrschaft dieses Zieles der objektiven Naturerkenntnis hinderlich, so daß für den sehr großen Rest der Psychosen der neuropathologische Standpunkt in sein Recht tritt, sondern neben jenem klassifikatorischen Gesichtspunkte bleibt für alle Psychosen die neurologische Darstellung der Zustandbilder eine unabweisbare wissenschaftliche Aufgabe, ja die höchste.

Liepmann bespricht im einzelnen, welchen fundamentalen Gewinn die allgemeine Symptomatologie, das Verständnis des inneren Zusammenhanges der Symptome, die ganze Betrachtungweise der Geisteskranken als naturwissenschaftlichen Objektes durch *Wernicke* erfahren hat. Er weist auf die Herausarbeitung in sich zusammenhängender Symptomenkomplexe hin, die klassische Schilderung der Motilitätpsychosen, der Manie, der Melancholie. *Wernicke* und *Bonhoeffer* haben die maßgebende Abgrenzung und Charakterisierung der Alkoholpsychosen gegeben. Letzterer hat neuerdings den Satz *Wernickes* von der weitgehenden Unabhängigkeit des Krankheitbildes von der Noxe an den symptomatischen Psychosen bestätigt. Die Zurückweisung der Amentia und der Erschöpfungspsychose sind Nebeneffekte von *Wernicke*s Arbeit. *Kleist*s Arbeiten über Motilitätpsychosen sind auf *Wernicke*s Boden gewachsen. Gleichgiltig ob ihr Endergebnis sich durchweg aufrecht erhalten läßt, haben sie doch ermöglicht, die Ergebnisse der großen Kleinhirn- und Stirnhirnphysiologie und Pathologie zu den Psychosen in Beziehung zu setzen und zahlreiche Fäden von einem zum anderen zu schlingen.

Daß *Wernicke* einerseits konstruktiv in noch nicht Erfaßbares hineinleuchtete, daß er andererseits dabei eine unvergleichliche Kennerschaft des neuro- und psychopathologischen Erfahrungstoffes zur Grundlage hatte, bestimmt seine Stellung in der Psychiatrie. Letzterer Umstand hindert, daß man seine Konstruktionen einfach als Luftgebilde beiseite schieben kann, sie bleiben heuristisch von ungeheurem Werte. Dagegen sieht der Umstand, daß seine Lehre mit Konstruktionen und Hypothetischem durchsetzt ist, dem im Wege, sie einfach in toto als lehrbaren Wissenstoff zu übernehmen und den Lernenden zu übermitteln.

So ist es *Wernicke* zwar nicht gelungen, den neuropathologischen Gedanken zum alleinherrschenden in der Psychiatrie zu machen. Er hat ihn aber tief in die Psychiatrie hineingetragen. Er hat mitten in und neben einer andersartigen, auf weite Strecken sehr fruchtbaren Betrachtungweise ein großes Stück der neurophysiologischen Psychiatrie aufgepflanzt und damit eine Betrachtungweise begründet, die weiter zu entwickeln eine unabweisbare Aufgabe ist.

Dem wird es zu verdanken sein, daß die zu erwartenden Fortschritte in der pathologischen Histologie eine Bearbeitung des Klinischen vor-



finden werden, die es erlaubt, sie zu dem Klinischen in Beziehung zu setzen. Sein Werk hat bewirkt, daß nicht klinische und anatomische Ergebnisse sich eines Tages verständnislos gegenüber stehen werden, wie zwei Kinder anderer Welten. (Ausführlich: Monatschr. f. Psych. u. Neur. Bd. 30, S. 1.)

Meyer-Königsberg: Trauma und psychische Störungen.

Meyer berichtet über die Ergebnisse der psychiatrischen Untersuchung bei frisch Verletzten. Von den 37 Untersuchten zeigten 21 leichtere und 5 schwerere psychische Störungen, die durch regelmäßige Prüfung mit Orientierungs- und Rechenbogen, mit den verschiedenen Methoden zur Prüfung der Merkfähigkeit, durch Assoziationsversuche usw. usw. festgestellt wurden.

Bei den leichter psychisch Gestörten wurden an wichtigsten Erscheinungen einmal Störung der Orientierung, vor allem der zeitlichen, und der Merkfähigkeit beobachtet. Sehr häufig war ferner das Rechnen beeinträchtigt, es zeigte sich starke Neigung zur Perseveration. Große psychische Ermüdbarkeit trat besonders hervor.

Häufig bestand auffallendes Wohlbefinden im Widerspruch mit den tatsächlich nachweisbaren Störungen, was auch praktisch sehr bedeutungvoll ist.

Das äußere Verhalten der Kranken war trotz der nachweisbaren psychischen Störungen mit wenigen Ausnahmen ganz geordnet, sie boten für gewöhnlich keine auffallenden Züge dar. Bei den 12 frisch Verletzten ohne nachweisbare psychische Störung lagen zum Teil leichte, aber zum Teil auch schwere Kopfverletzungen vor.

Was die 5 Fälle mit schwerer psychischer Störung anbetrifft, so sind die klinischen Erscheinungen im wesentlichen eine Steigerung der bei den leichteren Fällen beobachteten Erscheinungen, wozu noch Rededrang und die Neigung zu Konfabulationen trat. Sie boten in der Hauptsache das Bild des Korsakowschen Symptomenkomplexes. Von Besonderheiten hebt *Meyer* auch hier die enorme Neigung zur Perseveration hervor, die sich bei Assoziationsversuchen besonders zeigte, ferner das Vorkommen von Aphasie, Alexie und Agraphie.

Was den Zusammenhang zwischen Trauma und unmittelbaren psychischen Folgeerscheinungen angeht, so ist dazu eine allgemeine Schädigung des Gehirns nötig, einerlei ob umgrenzte Verletzungen stattgefunden haben oder nicht. Diese haben ebenso wie der Nachweis von Blutungen im Schädelinnern nur insofern Bedeutung, als sie für die Schwere der Schädigung einen Anhalt geben. Die von ihm festgestellten psychischen Störungen sind nach *Meyer* Ausfluß der durch das Trauma verursachten allgemeinen Gehirnschädigung. Sie haben nichts Spezifisches, sondern entsprechen in ihren Einzelerscheinungen wie Komplexen den durch andere exogene Ursachen hervorgerufenen psychischen Störungen. (Ausführliche Veröffentlichung in der Berliner klinischen Wochenschrift.)

D i s k u s s i o n. — *Heilbronner*-Utrecht fragt, ob dem Vortr. auch Fälle vorgekommen sind, in denen, wie *Heilbronner* es beobachten konnte, die Merkfähigkeit für mehr zufällige Eindrücke (Besuche u. dgl.) noch sehr schwer geschädigt erscheint, während experimentelle Untersuchungen (mit Exposition von Bildern) keine wesentlichen Defekte erkennen läßt, eine Beobachtung, die für die Auffassung dessen, was uns als Merkfähigkeit erscheint, vielleicht nicht ohne Bedeutung ist.

Nissl v. Mayendorf-Leipzig: Ü b e r d i e M e c h a n i k d e r W a h n b i l d u n g e n.

Das Großhirn gliedert sich in sog. Fokalgebiete (G. centr. ant., post., Gyri temp. prof. mit ihrem Übergang in T^1, die beiden Lippen der Fiss. calc., G. hipp.) deren Erkrankung eine prägnante Symptomatologie darbietet, und in die weiteren umfänglicheren dazwischen liegenden Hemisphärenteile, welche mit Recht die „stummen“ genannt werden, da sie bei ihrer Zerstörung, sofern die zu den Rindenregionen der Fokalgebiete ziehenden Leitungsbahnen nicht mitergriffen werden, keinerlei konstante palpable Erscheinungen erkennen lassen.

Da die Rinde der Fokalgebiete eine besondere und von derjenigen der stummen Hirnteile differente Struktur besitzt, deckt sich hier Eigenart des histologischen Aufbaues mit der Eigenart der Funktion, die Rinde der Fokalgebiete zeigt allenthalben strukturelle Verwandtschaften, was hinwieder auf eine gegenseitige Verwandtschaft der Funktion schließen läßt.

Der kortikale Mechanismus der Foci ist mit allen anatomischen Postulaten ausgestattet, welche wir für die physiologischen, das Zustandekommen einer Vorstellung begründenden Gehirnvorgänge vorauszusetzen haben: 1. mit Reizzuflüssen von der Sinnenperipherie auf den Wegen der Projektionsbündel; 2. großem Reichtum kleiner Rindenkörper, durch welchen den verschiedensten peripheren Kombinationen gereizter Sinneszellen mit den verschiedensten kortikalen Kombinationen gereizter Ganglienzellen entsprochen werden kann; 3. einer Zusammenfassung der einzelnen Elemente zu Einheiten durch die verbindenden Tangentialfasern, die in einem proportionalen Zahlenverhältnis zu den kleinen Rindenkörpern stehen; 4. einer Verknüpfung der kortikalen Fokalgebiete untereinander durch subkortikale Assoziationsbündel, welche in dem einen entspringen und in dem anderen endigen.

Eine Vorstellung, als Erinnerungsbild einer sinnlichen Wahrnehmung, erhält durch die Einrichtung unter 2. die Lokalzeichen, die Formen; durch den Assoziationsmechanismus unter 3. wird sie als psychische Einheit aus den sie begleitenden Phänomenen und anderweitigen Vorstellungen herausgehoben und zwar durch das Urteil, welches eben das Bewußtwerden der Einheit ist. Die einzelne Vorstellung ist keine komplizierte psychische Funktion (*v. Monakow*), weil sie losgelöst von allen Gedankenreihen und Gefühlen unbewußt bleibt, sie ist vielmehr von dem Bewußtseinsinhalt



nur durch Schließen abstrahierbar, und das Schließen schafft mithin erst die Vorstellung für das Bewußtsein.

Die menschliche Gehirnpathologie bietet sprechende Belege für die Auffassung der kortikalen Foci als Vorstellungsmechanismen, und so spricht denn alles für ihre Bedeutung als Zentralorgane des Sinnengedächtnisses.

Die Rinde der stummen Hirnteile steht nach allem mit der Sinnenperipherie nicht in direktem funktionellen Konnex, wenn auch Fasern zum Thalamus herabsteigen, und wird daher Funktionen vorstehen, welchen keine Projektion in dem Weltbild des Bewußtseins zukommt, und deren Chemismus einzig durch den Oxydationsprozeß endogener Vorgänge ohne Modifikation des von der Sinnenperipherie eindringenden Reizes bestimmt wird. Die subkortikalen Assoziationsbündel, welche jeden Punkt der kortikalen Foci mit einem solchen der stummen Hemisphärenabschnitte verknüpfen und demnach sowohl mit den Rindenganglien dieser als jener in irgend welchem funktionellem oder morphologischem Kontakt stehen müssen, werden die Ernährungzustände der stummen Hemisphärenabschnitte den kortikalen Foci übermitteln. Hier offenbart die sichtbare Morphologie des Gehirnbaues die psychologisch längst erkannte Wahrheit, daß jede Vorstellung von einem Gefühl begleitet, betont sei. Ich erblicke daher, ohne weitere Veraussetzungen zu benötigen, in den Ernährungsvorgängen der Rinde der stummen Hemisphärenteile die physiologischen Korrelate der Gefühle.

Das Wesentliche bei dem krankhaften Vorgang der Wahnbildung ist bekanntlich das felsenfeste Fürwahrhalten gewisser Deutungen von Wahrnehmungen, welche der normalen Verstandestätigkeit selbst auch mit dem Erfahrungschatz des Kranken selber unvereinbar erscheint. Dieser typische Mangel der Korrektur trägt den Charakter einer pathologischen Lücke in der Gedankentätigkeit. Bei kritischer Analyse des Wahnes ergibt sich jedoch, daß die von dem Kranken ganz korrekt gemachten und logisch verarbeiteten Wahrnehmungen abnorm gefühlsbetont sind. Die in fremdem Lichte erscheinenden Wahrnehmungen erscheinen ihm selber fremd und verhindern den Eintritt der Korrektur sowie den Fortgang und die Rückkehr logischer Gedankenverbindungen. Die Gefühle leihen erfahrunggemäß den Gedanken nicht nur ihren Inhalt (Größenwahn, Verfolgungswahn, Inhalt der Träume), sondern sie bestimmen auch die Richtung des Gedankenablaufs, so daß die eben geschilderte Dissonanz zwischen normaler Vorstellung und pathologischem Gefühl zum Anstoß einer Weiterbildung von Vorstellungsreihen werden kann, welche, fernab von gesunder Logik, mit Aufbietung der abenteuerlichsten Dialektik die Existenzberechtigung der Wahnidee verteidigt.

Betrachtet man nach dieser klinisch-psychologischen Feststellung die Erscheinung der Wahnbildung in der physiologischen Beleuchtung der oben auseinandergesetzten Prinzipien der Gehirnmechanik, so läßt sich



bei ihrem Auftreten sehr wohl an eine isolierte Erkrankung der stummen Hemisphärenteile denken, zumal der Vorstellungsschatz solcher Kranken erfahrunggemäß vollständig intakt befunden wird (keine Aphasie, Apraxie, Tastblindheit, Seelenblindheit, Wortblindheit usw.). Die stummen Hemisphärenteile dürfen nach Einheitlichkeit ihrer Entwicklung und ihrem kortikalen sowohl als subkortikalem Aufbau als Großhirnsysteme angesehen werden, und wir würden demnach in dem Wahn das Symptom einer „Systemerkrankung" vor uns haben, wie solche in der Pathologie des Rückenmarks längst bekannt sind.

Diskussion. — *Thoden van Velzen* macht einige Bemerkungen über seine Auffassung der Seelentätigkeit.

K. Brodmann: Neue Probleme der Rindenlokalisation (mit Demonstrationen).

In Ergänzung und Fortführung seiner früheren Untersuchungen über die normale histologische Lokalisation der Großhirnrinde erörtert Vortr. die aus der Anwendung dieser Lehre auf die Pathologie der Hirn- und Geisteskrankheiten sich ergebenden neuen Probleme und Aufgaben der Rindenforschung. Es sind prinzipiell zwei Arbeitrichtungen der pathologischen Rindentopographie zu unterscheiden:

1. eine Pathologie der Tektonik,
2. eine Pathologie der Lokalisation im engeren Sinne.

Die Pathologie der Tektonik (Pathotektonik) beschäftigt sich mit den regionären Veränderungen der normalen Rindenschichtung im Zell- und Faserbilde unter pathologischen Bedingungen und sucht festzustellen, ob unter gewissen Umständen, etwa in bestimmten Krankheitfällen lokale, nur ein oder mehrere Rindenfelder oder eine größere Rindenhauptzone isoliert umfassende, andere Gebiete nicht betreffende Abweichungen im typischen Rindenbau (Cyto- und Myeloarchitektonik) vorkommen. Unter Hinweis auf frühere einschlägige Mitteilungen werden einige neue Beispiele dieser Art kurz berichtet.

Die Pathologie der Feldergliederung oder der Lokalisation im engeren Sinne (Pathotopik) bildet das eigentliche Thema des Vortrages und der Demonstrationen.

Normaler Weise besitzt das Säugetiergehirn, wie *Brodmann* in seiner „Vergleichenden Lokalisationslehre" (1909) begründet hat, eine landkartenähnliche Oberflächengliederung der Großhirnrinde in zahlreiche spezifisch gebaute Strukturtypen, die für den Menschen und für jede Spezies nach Zahl, Art, Größe, Gestalt und räumlicher Verteilung der Einzelfelder charakteristisch ist. Unter gewöhnlichen Verhältnissen kommen Abweichungen von dem auf Grund umfangreicher statistischer Untersuchungen an Normalgehirnen (von nicht geisteskranken Erwachsenen) als „typisch" erkannten Verhalten nur innerhalb relativ enger Grenzen vor. Zunächst hat *Brodmann* von einem Rindenfeld der Area



striata (histologische Sehsphäre oder Kalkarinatypus) die durchschnittliche individuelle Variationsbreite, deren Kenntnis für die Anwendung der Lokalisationslehre auf die Pathologie eine Vorbedingung ist, genauer untersucht. Der durchschnittliche Flächeninhalt des histologischen „Sehfeldes" wurde nach dem von *A. Henneberg* beschriebenen Verfahren beim erwachsenen Menschen auf rund 3450 qmm ermittelt, das sind annähernd 3 % der Gesamtrindenfläche; als entsprechende Werte ergeben sich für gyrencephale niedere Affen 13 %, Krallenaffen 21 %, Hund 11 %, Pteropus 15 %, Kaninchen 8 ½ %, Igel 4 %, Beutelratte 6 %. (Für die Rinde des Archipalliums werden ähnliche Vergleichmessungen an den Gehirnen der verschiedensten Ordnungen angestellt und die Ergebnisse tabellarisch demonstriert).

Ein abweichendes, „atypisches", aber an sich nicht pathologisches Verhalten der Area striata, wie es Vortragender und schon vor ihm *E. Smith* in einer relativ großen Prozentzahl bei fremdem Menschenrassen gefunden haben — namentlich ein starkes Übergreifen des Feldes auf die laterale Oberfläche und eine mehr oder weniger deutliche Ausbildung eines Operculum occipitale und eines Sulcus lunatus — findet sich beim Europäer nur äußerst selten, immerhin hat *Brodmann* solche Ausnahmefälle beobachtet.

Von pathologischen Fällen wurden bisher durch den Vortr. — mangels weiteren Materials — nur eine kleinere Anzahl verschiedener Krankheitformen auf etwaige Anomalieen in der Ausbildung der Area striata untersucht. Sein Material betrifft: 4 Idioten, 1 Mikrocephalie, 2 Fälle von tuberöser Sklerose, 2 Huntingtonsche Chorea und 1 Tabes-Amaurose. Auf Grund der hier festgestellten Abweichungen in der räumlichen Ausgestaltung der Area striata unterscheidet Vortr. vorläufig: pathologische Vergrößerungen und Verkleinerungen, Gestaltveränderungen und Lageverschiebungen von histologischen Rindenfeldern, die teils als Ausdruck partieller Rindenagenesieen oder partieller Rindenhyperplasieen, teils als Folge von atrophierenden Prozessen oder lokalen Schrumpfungen aufzufassen sind. Die geringste Rindenfläche der Area striata (2300 qmm) mit völlig pathologischer Lagerung des Feldes fand sich bei einem Mikrocephalen von 400 g Hemisphärengewicht.

Von weiteren derartigen in größerem Umfange auszuführenden Untersuchungen erwartet Vortr. die Grundlagen für eine neu zu schaffende pathologische Cortexorganologie. Die Pathotopographie der Großhirnrinde tritt demnach als gleichberechtigter Forschungweg neben die Histopathologie im engeren Sinne beim Studium der Geistesstörungen und ihrer körperlichen Grundlagen. (Ausführlich: J. f. Psych. u. Neur.)

M. Pappenheim-Heidelberg: Über Dipsomanie.

Vortr. erörtert im einleitenden Teile seines Vortrages in großen



Umrissen den jetzigen Stand der Epilepsiefrage und charakterisiert die divergierenden Bestrebungen in der Umgrenzung dieser Krankheit. Während ein Teil der Autoren ihr Gebiet immer weiter auszudehnen versuchte, indem sie die Endogenität periodischer Störungen als ihr Hauptkriterium ansprachen, bemühten sich andere Forscher, ihre Grenzen immer enger zu ziehen, wobei ihnen der Ausgang in Demenz als wichtigstes differentialdiagnostisches Merkmal der Epilepsie vorschwebte.

Vortr. steht auf dem schon 1902 von *Hoche* vertretenen Standpunkte, daß die Epilepsie als organischer Hirnprozeß von den Psychopathien prinzipiell zu trennen sei, und sucht darzulegen, daß es nicht sehr plausibel sei, allen endogenen periodischen Störungen — z. B. den Stimmungschwankungen — die gleiche ursächliche Noxe unterzulegen wie der fortschreitenden epileptischen Demenz. Allerdings kann eine solche Voraussetzung, die allein die weite Fassung des Epilepsiebegriffs rechtfertigt, nicht zwingend widerlegt, muß vielmehr als konsequent anerkannt werden.

Praktisch erscheint es dem Vortr. allerdings zweckmäßig — mag man die eine oder die andere theoretische Auffassung haben — die Bezeichnung Epilepsie für die eingeengte Gruppe zu reservieren, deren Kriterien zwar keineswegs feststehen, deren Umgrenzung aber für die Anhänger beider entgegengesetzten Anschauungen gleichermaßen bedeutsam ist.

Dieses Ziel kann erreicht werden durch ein genaues Studium verblödeter und nicht verblödeter Krampfkranken, sowie durch eine systematische Untersuchung aller jener Symptome, die bisher als mehr oder weniger charakteristisch für die Epilepsie galten. Durch Arbeiten von *Bratz*, *Oppenheim*, *Heilbronner*, *Friedmann*, *Raecke* u. a. wurde in dieser Richtung schon manches geleistet.

Vortr. hat, soweit dies möglich war, die von *Gaupp* in seiner Monographie über die Dipsomanie veröffentlichten Fälle nachuntersucht, durch welche dieser Autor seine Auffassung zu begründen versuchte, daß alle Fälle von Dipsomanie zur Epilepsie zu rechnen seien. Dieser Ansicht wurde, wenn auch nicht in ihrer Ausschließlichkeit, so doch für viele Fälle von den meisten maßgebenden Forschern zugestimmt.

Bei 11 der 13 Fälle *Gaupp*s war es möglich, die weiteren Geschicke zu verfolgen. Von diesen starben 2 im Alter von 51 und 73 Jahren, von den übrigen haben 7 das 50., von diesen wieder 3 das 65. Lebensjahr überschritten — eine rein äußerliche Tatsache, die mit der gelegentlich von *Gaupp* erwähnten Erfahrung, daß nur 3 % der Epileptiker das 50. Jahr erreichen, nicht übereinstimmt.

Von den 11 Kranken ist keiner epileptisch verblödet, keiner hat typische periodische Krampfanfälle gezeigt. Im Gegensatz zur Ansicht *Gaupps*, daß das Leiden ein progredientes sei, ist bei den meisten Kranken im Laufe der Jahre eine Besserung eingetreten.

Bei 2 Fällen ist die Annahme einer genuinen Epilepsie nicht mit Sicherheit auszuschließen; differentialdiagnostisch kommt in dem einen Falle eine Affektepilepsie, in dem andern eine enzephalitische Epilepsie in Betracht.

Alle anderen Fälle sind nach der Ansicht des Vortr. zweifellos Psychopathen und zwar sehr verschiedene Typen, unter denen man — schematisierend — zwei Grenztypen aufstellen kann: einen reizbaren, brutalen, zu Gewalttätigkeiten neigenden, epileptoiden und einen weichmütigen, empfindlichen, beeinflußbaren Typus mit geringem Selbstvertrauen — *Wilmanns* konstitutionelle Stimmungslabilität.

Der klassische dipsomanische Anfall kommt vornehmlich auf Grund der traurigen, selbstunzufriedenen Verstimmung des ersten Typus vor und ist meist mit poriomanischen Zügen verknüpft. Die Kranken verhalten sich in den Anfällen meist geordnet und haben keine schwereren Amnesien. Der andere Typus zeigt oft reizbare Verstimmungen und ist vielfach durch Alkoholintoleranz charakterisiert; es kommt oft zu pathologischen Räuschen mit Amnesie.

Nach der Ansicht des Vortr. ist die Dipsomanie bei echten Epileptikern viel seltener als allgemein angenommen wird — eine Erkenntnis, durch die *Gaupps* großes Verdienst um die vortreffliche symptomatologische Schilderung dieser Zustände in keiner Weise geschmälert wird.

Buder-Winnental: Unsere Stellung zu der Organisation des Krankenpflegepersonals.

Unter dem Pflegepersonal der Irrenanstalten machen sich in neuerer Zeit Organisationsbestrebungen geltend, denen gegenüber wir Stellung zu nehmen haben. Voraussetzung für eine Organisation ist, daß das Pflegepersonal der Irrenanstalten ein Berufspflegepersonal ist. Die Mehrzahl der Irrenärzte steht heute wohl auf dem Standpunkt, daß ein Berufspersonal notwendig ist, wenn die Anstalten mit erfahrenem und zuverlässigem Personal versorgt sein sollen. Dem Einwand, daß der Irrenpfleger sich vorzeitig verbraucht, daher nicht zum Berufspfleger tauge, ist dadurch zu begegnen, daß diese vorzeitige Abnützung durch entsprechende Regelung des Dienstes verhütet wird. Es ist also wenigstens teilweise ein Berufspersonal anzustreben. Nachdem der Krankenpflegeberuf durch den Beschluß des Bundesrates vom 22. März 1906 betr. die staatliche Prüfung von Krankenpflegepersonen auch staatlich als eigentlicher Beruf anerkannt worden ist, wird man dem Krankenpflegepersonal und implicite dem Irrenpflegepersonal die innere Berechtigung zur beruflichen Organisation nicht absprechen dürfen. Neben lokalen Organisationen ohne allgemeine Bedeutung gibt es eine Anzahl allgemeiner Berufsorganisationen unter dem Krankenpflegepersonal, von den uns am meisten der deutsche Verband der Krankenpfleger- und Pflegerinnen interessiert, weil dieser Verband an den Irrenanstalten Eingang gefunden hat. Die Erfahrungen, die mit der Organisation des Pflegepersonals gemacht werden, werden



verschieden sein je nach den im Verband maßgebenden Personen, je nach den regionären Verschiedenheiten der Irrenanstalten. Schattenseiten der Organisation sind Forderungen nach Gleichstellung des Personals an den einzelnen Irrenanstalten, Erweckung von Unzufriedenheit und Zwietracht unter dem Personal, Erschwerung der gleichmäßigen Behandlung des Personals. Vortr. selbst hat keine schlechten Erfahrungen gemacht: besserer Ton unter dem Personal durch eine gewisse Hebung des Standesbewußtseins, guter Einfluß der älteren Wärter auf die jüngeren, dadurch gelegentlich leichtere Behebung von dienstlichen Schwierigkeiten. Große Vorsicht in der Behandlung des organisierten und nicht organisierten Personals ist geboten. Die Stellung gegenüber den Organisationsbestrebungen wird verschieden sein je nach den Verhältnissen, nach den gemachten Erfahrungen, nach der Ansicht des einzelnen. Es erscheint aber weder richtig noch opportun, sich von vornherein in einen Gegensatz zur Organisation zu stellen oder sie einfach zu ignorieren. Man wird vielmehr immer mehr mit ihr rechnen müssen, und nur dann wird es möglich sein, sich den notwendigen Einfluß auf die Organisation zu sichern, die ein ersprießliches Zusammenwirken aller Kräfte der Anstalt gewährleistet.

Kleist-Erlangen: Über Störungen der Rede bei Geisteskranken.

1. Unter Störungen der Rede versteht Vortr. Störungen im sprachlichen Ausdruck, bei denen die Fähigkeit beeinträchtigt ist, solche Vorstellungen und Gedanken zum richtigen sprachlichen Ausdruck zu bringen, die nicht durch die Zusammenstellung mehrerer Worte und die Biegung der Worte sprachlich wiedergegeben werden. Im Gegensatze zur Störung der Wortfindung handelt es sich um Störungen der „Ausdruckfindung“.

2. Untersuchungen an „sprachverwirrten“ Kranken zeigten, daß es „Störungen der Rede“ gibt, die sowohl von Denkstörungen und inhaltlicher Verwirrtheit wie von Störungen der Wortfindung und anderen aphasischen Symptomen unabhängig sind.

3. Die Störung der Ausdruckfindung erscheint in 2 Gestalten:

Sie geht entweder einher mit einer mehr oder weniger weitgehenden Ausdruckvereinfachung, die ihren höchsten Grad im Agrammatismus findet. Oder sie ist begleitet von einer Ausdruckbereicherung; d. h. statt eines betreffenden Ausdrucks drängen sich dem Kranken mehrere, gewöhnlich ungenaue oder falsche Wendungen auf, die sehr oft mit einander kontaminiert werden.

Durch das Zusammenwirken von vereinfachender und mehrleistender Störung der Ausdruckfindung entsteht eine besondere Art von Wortneubildungen, genauer von neugebildeten Wortzusammensetzungen.

4. Die Verschiedenartigkeit der Zustandbilder der Redegestörtheit erklärt sich aus dem von Fall zu Fall wechselnden Verhältnis, in dem sich



die vereinfachende und mehrleistende Störung der Ausdruckfindung miteinander mischen.

5. Es gibt Fälle, in denen je eine der beiden Arten der Störung sehr beträchtlich überwiegt. Vortr. stellt die sprachlichen Produktionen eines Kranken mit fast isolierten Agrammatismus denen eines Kranken gegenüber, bei dem die hyperproduktive Störung der Ausdruckfindung vorherrscht.

Diskussion. — *Heilbronner*-Utrecht: Wie verhalten sich diese Kranken in der gewöhnlichen Konversation; manche zeigen die Erscheinungen nur unter besonderen Verhältnissen, am meisten etwa bei der klinischen Demonstration oder sonst bei schulmeisterlichem Ausfragen. Bestehen analoge Störungen etwa auch auf dem Gebiet des Handelns?

Kleist konnte einen erheblichen Unterschied der Erscheinungen bei der klinischen Vorstellung und bei gewöhnlicher Unterhaltung nicht feststellen. Analoge Bewegungstörungen fanden sich bei den beiden erwähnten Kranken nicht, wohl aber bei einem andern Kranken. Auf eine Anfrage von *Moeli* erläutert *Kleist* den Ausdruck „Bereicherung“ dahin, daß er darunter nur eine Vervielfältigung des Ausdrucks verstanden wissen wolle.

Fauser-Stuttgart: Aus der Psychologie der Sinnestäuschungen.

Der Vortragende hat sich zum Ziel gesetzt, zu zeigen, wie bei der Zusammensetzung und Verbindung der psychopathologischen Gebilde, um die es sich hier handelt, dieselben Funktionen wirksam sind, wie bei den Gebilden des normalen Seelenlebens.

Die genetische Erklärung der Sinnestäuschungen hat von der Lehre von den Assoziationsfunktionen und dem Wahrnehmungsvorgange auszugehen.

Der Assoziationsbegriff hat von der neueren experimentellen Psychologie einesteils eine Erweiterung erfahren durch die Aufstellung resp. Einbeziehung von Gefühls- (neben den Vorstellungs-) und von simultanen Assoziationen, andernteils (seitens der voluntaristischen Richtung der Psychologie) eine Verengerung durch die Unterscheidung von aktiven Apperzeptions- und von assoziativen Funktionen: bei den Apperzeptionsverbindungen (im Sinne *Wundt*s) geht den zustande kommenden Verbindungen ein Gefühl der Tätigkeit voraus, bei den Assoziationen dagegen schließt sich das Tätigkeitsgefühl, wo es auftritt, erst an bereits gebildete Verbindungen an. In diesem Punkte verhalten sich also die Assoziationen ähnlich wie die unmittelbaren Sinneseindrücke: bei beiden handelt es sich um passive Erlebnisse.

Die normale Sinneswahrnehmung entsteht durch das Zusammenwirken zweier Momente, eines direkten Sinneseindrucks und eines Assoziationsvorgangs, der den direkten Sinneseindruck mit Bestandteilen



des erworbenen Bewußtseinsinhaltes in Zusammenhang bringt. Auch die Sinnestäuschungen entstehen durch das Zusammenwirken dieser beiden Faktoren, von denen entweder der erste oder der zweite, häufig beide, eine krankhafte Störung darbieten. Der direkte Faktor wird hier im Unterschied zu den normalen Sinneswahrnehmungen nicht bloß durch Vorgänge aus der Außenwelt, sondern kann auch durch krankhafte Vorgänge (Zirkulationstörungen, toxische Schädigungen, Herderkrankungen usw.) in unsern peripheren oder zentralen Sinnesapparaten erzeugt werden.

Die Sinnestäuschungen, die durch eine auf den direkten Faktor sich beschränkende Erkrankung hervorgerufen werden, sind durch eine gewisse Einfachheit und Einförmigkeit charakterisiert. Die Art der Ergänzung des direkten Sinneseindrucks aus dem vorhandenen Erinnerungstoff richtet sich hauptsächlich nach den durch die vorhandene Gefühlslage bestimmten assoziativen Tendenzen zwischen direkten und reproduktiven Eindrücken. In dem zustande kommenden Produkt drängen sich ein oder mehrere Elemente mit größerer Kraft zur Aufmerksamkeit, werden zu „dominierenden"; da, wo der direkte Faktor der dominierende wird — bei den normalen Sinneswahrnehmungen und bei bestimmten Arten von Sinnestäuschungen — verleiht er dem zustande kommenden psychischen Gebilde unter anderem den Raumcharakter; wo dagegen der reproduktive Faktor zum dominierenden wird, tritt der sinnliche Charakter, insbesondere die Raumbestimmung, des Gebildes zurück oder fehlt ganz (evtl. „unsinnliche" Halluzinationen).

Jede normale Sinneswahrnehmung ist im Grunde genommen eine auf assoziativem Wege zustande gekommene Sinnestäuschung, die sich von der pathologischen Sinnestäuschung im Prinzip nur dadurch unterscheidet, daß sie einer beständigen Kritik durch die aktive geistige Tätigkeit unterworfen und dadurch vor einer zu starken Ausschweifung geschützt und evtl. einer Korrektur fähig ist. Wir unterscheiden bei der normalen Sinneswahrnehmung die rein assoziativ, d. h. ohne das vorausgehende Gefühl der eigenen Tätigkeit, uns dargebotenen reproduktiven Elemente garnicht ohne weiteres von den direkten Eindrücken; nur durch vergleichende Beobachtung, durch Analyse und Abstraktion — also durch eine aktiv-apperzeptive Tätigkeit — sind wir imstande, den Inhalt der Wahrnehmung auf die direkten Sinneseindrücke zu reduzieren. Diese regulierende Tätigkeit der aktiven Apperzeption tritt nun bei einem Teil unserer Geisteskranken entweder zeitweise (z. B. bei stärkeren Affekten) oder dauernd zurück (z. B. bei der Dem. praec.): dadurch wird ein entsprechend großer Teil der subjektiven psychischen Prozesse die Bedeutung rein passiver Erlebnisse annehmen und damit dem Charakter äußerer Wahrnehmungen angenähert werden; gleichzeitig fällt die Korrigierarbeit weg; die Entfernung von der objektiven Wirklichkeit wird stets im Sinne der herrschenden Gefühlslage erfolgen und um so größer sein, wenn noch eine vermehrte Reizbarkeit bestimmter Rindenpartien besteht.

Der eben geschilderte Mechanismus — der das Pathologische hauptsächlich in der reproduktiven Komponente aufsucht — ist nun, wie bereits erwähnt, nicht der einzige, aber er ist — wie an einem Beispiel aus der Dem. praec. gezeigt wird — besonders wichtig, weil er die jeweiligen Sinnestäuschungen in Beziehung bringt zu anderen klinischen Symptomen derselben Krankheitform und so tiefere Zusammenhänge des psychopathologischen Geschehens aufdeckt.

Bei der Analyse der einzelnen wichtigeren Sinnestäuschungen werden zunächst diejenigen besprochen, bei denen der erste, direkte Faktor vorherrscht; die „elementaren Trugwahrnehmungen" und die „Perzeptionsphantasmen". Ihre Entstehung und manche ihrer Eigentümlichkeiten, ihre Gleichförmigkeit, ihr wenig wechselnder Inhalt, ihre Färbung (ängstlich, schreckhaft, humoristisch usw.), der ihnen zukommende Raumcharakter, die Einseitigkeit mancher Gehörstäuschungen, das Mitwandern von Gesichtstäuschungen, ihre evtl. Verdoppelung durch Prismen u. ähnl. werden aus den eben skizzierten allgemeinen Entstehungsbedingungen der Sinnestäuschungen einheitlich zu erklären gesucht.

Bei anderen Formen spielt der reproduktive Faktor die dominierende Rolle, woraus sich wieder gewisse Eigentümlichkeiten ergeben.

Daß Vorstellungen von besonders starker sinnlicher Kraft durch diese Eigenschaft allein schon zu Sinnestäuschungen werden können, ist nicht anzunehmen; es gibt einerseits Sinnestäuschungen — wie auch normale Sinneswahrnehmungen — von nur ganz geringer sinnlicher Deutlichkeit, und andererseits können bei besonderer, namentlich bei künstlerischer Veranlagung gewöhnliche Vorstellungen große sinnliche Kraft besitzen, ohne den Charakter von Sinnestäuschungen zu erlangen: das Gefühl der eigenen Tätigkeit schützt den Künstler vor dem Zustandekommen einer Sinnestäuschung; nur wo die eigene Tätigkeit resp. das Tätigkeitsgefühl unzureichend ist, wird eine solche subjektive Vorstellung zur Sinnestäuschung.

Auch bei den Sinnestäuschungen, bei denen die reproduktiven Elemente die dominierende Rolle spielen, kann eine Raumbeziehung auftreten, wenn neben den reproduktiven Elementen noch deutliche direkte Sinneseindrücke vorhanden sind (z. B. Hören von Worten und Sätzen in einem tatsächlich vorhandenen unbestimmten Geräusch). In anderen Fällen, wo direkte Sinneseindrücke nicht beteiligt sind, werden die Sinnestäuschungen der Raumbeziehung ermangeln und evtl. den Charakter von „inneren Stimmen", „Lautwerden der Gedanken" usw. annehmen.

Die eigenartige Raumbeziehung mancher Sinnestäuschungen, namentlich von Gehörstäuschungen (Verlegung in die Nase, das Herz, den Bauch, eine Extremität usw.) beruht wohl auf einer Wirkung von „Komplikationen" d. h. derjenigen assoziativen Form, bei der es sich — im Unterschied zu den „Assimilationen" — um eine Verbindung der Empfindungen disparater Sinnesgebiete handelt: das eine Sinnesgebiet —



evtl. das Gehör — ist maßgebend für die Bestimmung des speziellen Sinnes, der in der entstehenden Sinnestäuschung der herrschende wird, das andere Sinnesgebiet — evtl. äußere und innere Tastempfindungen — für die Raumbestimmung.

Unter die Komplikationsvorgänge gehören auch die sogen. „Reflexhalluzinationen".

Der „imperative" Charakter der „imperativen Halluzinationen" läßt 3 Bestandteile erkennen: 1. die Art des Sinnesgebietes, auf dem sich die Täuschung abspielt (Gehör); 2. als Inhalt einen passiven Willensantrieb; 3. die Richtung, in die dieser Willensantrieb verlegt wird (Einwirkung von außen her). Die Beziehung auf äußere Einwirkungen, auf fremde, übersinnliche Mächte hängt wiederum mit der Einbuße an aktiver Apperzeptionstätigkeit, an aktivem Gefühls- und Willensleben zusammen, die für manche Formen von geistiger Störung charakteristisch ist und bei der Dem. praec. geradezu das Kardinalsymptom darstellt.

In bezug auf anatomische und lokalisatorische Fragen soll im Zusammenhang dieser psychisch-analytischen Untersuchung nicht näher eingegangen werden. Die anatomisch-physiologische Betrachtungweise muß sich stets gegenwärtig halten, daß sie für zusammengesetzte psychologische Prozesse höchstens die einzelnen physischen Teilstücke aufdecken kann, die den psychischen Teilstücken parallel gehen. So wäre also eine analytische Psychiatrie, die diese psychischen Teilstücke aufdeckt, damit imstande, auch lokalisatorische Hinweise zu liefern. Da und dort haben sich ja auch bei obiger Darstellung von selbst solche Hinweise gezeigt. Eine eingehendere Analyse der einzelnen Sinnestäuschungen, namentlich hinsichtlich der Beteiligung der einzelnen Sinnesgebiete, wird diese Hinweise vermehren und evtl. die Auffindung von Krankheitherden an den entsprechenden Sinneszentren erleichtern. Bloße Herdsymptome im gewöhnlichen Sinne sind ja die Sinnestäuschungen, jedenfalls die ausgebildeteren Formen, sicher nicht. Stets muß hier eine Störung der gesamten psychischen Tätigkeit, namentlich der Gefühls- und inneren Willenstätigkeit, vorliegen. Wer diese Funktionen — also die aktive Apperzeptionstätigkeit — in das Stirnhirn verlegt, wird in jedem Falle von ausgebildeter Sinnestäuschung neben anderen Erkrankuugen auch eine Erkrankung des Stirnhirns vermuten müssen. Selbstverständlich muß hier mit der allergrößten Vorsicht und Zurückhaltung vorgegangen werden.

Auf die Aufdeckung tieferer psychologischer Zusammenhänge zwischen den einzelnen Symptomen innerhalb derselben klinischen Krankheitformen, die durch eine solche zergliedernde psychologische Tätigkeit ermöglicht wird, wurde bereits hingewiesen.

So wäre also eine analytische Psychiatrie wohl imstande, unsere anatomischen und pathologisch-anatomischen Kenntnisse zu erweitern und unser psychologisches Verständnis der Psychosen zu vertiefen und

damit der klinischen Psychiatrie eine nicht zu unterschätzende Hilfe zu gewähren. —

Der Vors. schließt die Versammlung mit Worten des Dankes an die Herren Referenten, Vortragenden und Schriftführer 5 ½ Uhr.

Reiß.

---

46. Versammlung des Vereins der Irrenärzte Niedersachsens und Westfalens am 6. Mai 1911 in Hannover.

Anwesend waren: *Behr*-Langenhagen, *Benno*-Goslar, *Cramer*-Göttingen, *Deetjen*-Wilhelmshöhe, *Dieckmann*-Volmerdingen, Frl. *Doctorowitsch*-Ellen—Bremen, *Eichelberg*-Göttingen, *Fröhlich*-Langenhagen, *Gellhorn*-Goslar, *Gerstenberg*-Hildesheim, *Griese*-Eickelborn, *Grimme*-Hildesheim, *Grütter*-Lüneburg, *Hegemann*-Warstein, *Heine*-Hannover, *Jänicke*-Osnabrück, *Jung*-Göttingen, *Jüttner*-Göttingen, *Koch*-Rinteln, *Kracke*-Lüneburg, *Lachmund*-Münster i. W., *Maßmann*-Liebenburg, *Mathes*-Blankenburg a. Harz, *de la Motte*-Bremen, *Nieper*-Goslar, *Peltzer*-Bremen, *Pohlmann*-Aplerbeck, *Quaet-Faslem*-Rasemühle, *Reckmann*-Oeynhausen, *Reinhold*-Hannover, *Richard*-Göttingen, *Rinne*-Langenhagen, *Rizor*-Langenhagen, *Schmidt*-Wunstorf, *Schmidt*-Marsberg, *Snell*-Lüneburg, *Schulte*-Warstein, *Schütte*-Osnabrück, *Stamm*-Ilten, *Stüber*-Hildesheim, *Tintemann*-Göttingen, *Völker*-Langenhagen, *Wahrendorff*-Ilten, *Westphal*-Hannover, *Wyß*-Bremen.

Zum Vorsitzenden wird gewählt: *Gerstenberg*-Hildesheim, zum Schriftführer: *Stüber*-Hildesheim.

Zunächst erhält das Wort

Cramer-Göttingen: Endogene Attaquen.

Im Verlauf einer ganzen Reihe von nervösen und geistigen Erkrankungen kommen meist akut einsetzende vorübergehende Zustände vor, die an und für sich nicht ohne weiteres in den Rahmen des betreffenden Krankheitbildes hineingehören und nicht unmittelbar durch den Krankheitprozeß als solchen bedingt und durch ihn erklärbar sind. Sie stellen besondere Momente dar und sind eine individuelle, durch endogene Faktoren bedingte Reaktion des betreffenden Individuums. Die Zustandbilder, unter denen diese endogenen Attaquen in Erscheinung treten, sind verschiedene; bald sind es Erregungs-, bald Angst- oder Verstimmungs- und Zwangszustände.

Nur in einzelnen Fällen, so wenn schädigende äußere Momente mitspielen (z. B. bei einem an Jugendirresein Erkrankten, der jedesmal auf den Genuß einer Zigarre mit einem mehrtägigen Angstzustand reagierte, sind wir bislang imstande, uns eine Vorstellung von dem möglichen Zustandekommen dieser Attaquen zu machen, in den meisten sind wir von jeder Deutung noch weit entfernt. Auffallend ist, daß sich bei



ihnen häufig körperliche Symptome finden, vor allem Erscheinungen, die auf eine Beteiligung des Magen-Darmtraktus hinweisen. Die Vermutung, daß Stoffwechselstörungen wenigsten einem Teil dieser Zustände zugrunde liegen, ist daher oft ausgesprochen, irgendwelche bindenden Beweise sind bisher nicht erbracht. Bei Nervösen vor allem muß auch mit der Möglichkeit des Einflusses von Schwankungen in den Witterungsverhältnissen, wobei namentlich auch an Spannungschwankungen in der Luftelektrizität zu denken ist, gerechnet werden.

Snell-Lüneburg: Beschäftigungs-Therapie.

Es ist überflüssig, an dieser Stelle über den Nutzen der Beschäftigungs-Therapie bei chronisch Geisteskranken und bei Rekonvaleszenten zu sprechen. Jeder Anstaltsarzt sieht ihre Erfolge täglich vor Augen. Dagegen herrscht nicht vollkommene Einstimmigkeit darüber, auf welchen Ursachen die günstige Wirkung der Beschäftigung beruht. Die körperliche Bewegung an sich ist — bei richtig ausgewählten Fällen angewandt — zweifellos nützlich. Diesen Erfolg kann man jedoch durch Spazierengehen, Turnen, Sport ebenfalls erreichen. Von stärkerer Wirkung ist wohl in vielen Fällen die Ablenkung. Das Versinken in Blödsinn und unsoziale Gewohnheiten kann oft verhütet werden, wenn es gelingt, das Interesse des Kranken für irgend etwas zu wecken und rege zu halten. Am wichtigsten ist jedoch die Freude des Patienten an dem Gelingen einer nutzbringenden Arbeit. Aus diesem Grunde steht die heilsame Wirkung der Beschäftigung hoch über den Erfolgen, die durch Spiel und Sport zu erreichen sind. Es ist deshalb aber auch notwendig, als Beschäftigung solche Arbeiten zu wählen, die einen möglichst klar zutage tretenden Erfolg haben. Vor vielen Jahren wurde mir eine damals neue, ländliche Irrenanstalt von ihrem jetzt längst verstorbenen Direktor gezeigt. Eine große Zahl von Kranken war damit beschäftigt, einen großen Haufen von Holzscheiten, die zum Heizen dienten, an einen anderen Platz zu schaffen und dort kunstgerecht aufzubauen. Ich bemerkte, daß diese große Arbeit bald vollendet sein würde, und fragte, was die Kranken dann in Angriff nehmen würden. Darauf erhielt ich die Antwort, dann würde der Holzstoß an seine ursprüngliche Stelle zurückgebracht und wieder kunstgerecht aufgebaut werden. Mit einer solchen Beschäftigung kann man natürlich nicht den Eifer der Kranken wecken und ihnen das befriedigende Gefühl beibringen, etwas Nützliches getan zu haben.

Die weitaus wichtigste und beste Beschäftigung für Geisteskranke ist die Landwirtschaft. Aber gerade sie verlangt umständliche und kostspielige Einrichtungen. Die Ansicht, daß man durch intensivere Kultur auch auf einem verhältnismäßig kleinen Gelände passende landwirtschaftliche Beschäftigung schaffen könne, beruht auf einem Irrtum. Allerdings soll der landwirtschaftliche Betrieb der Anstalten musterhaft sein, so daß jeder Kranke, der für die Landwirtscahft Verständnis hat



und noch über die nötige Kritik verfügt, Achtung vor dem Betriebe haben muß, in dem er beschäftigt wird. Aber es ist bedenklich, in der Art der Bewirtschaftung allzu weit von dem abzuweichen, was in den besten landwirtschaftlichen Betrieben der Gegend gebräuchlich ist. Auch der Ersatz der Maschinenarbeit durch Menschenkräfte darf nicht sehr ausgedehnt werden, wenn nicht in den Kranken und auch in dem Wartepersonale das unangenehme und hemmende Gefühl erweckt werden soll, daß man ihre Arbeit als minderwertig ansehe. So kommt man zu der Notwendigkeit, für eine große Anstalt auch eine große Bodenfläche zur Verfügung zu haben.

Der Grundbesitz der Provinzial-Heil- und Pflege-Anstalt zu Lüneburg ist 1044 Morgen = 261 Hektar groß. Diese Fläche halte ich bei einem Krankenbestande von etwa 500 Männern und 450 Frauen — im Gegensatze zu der herrschenden Ansicht — für zu klein. Es sind deshalb seit dem 1. April dieses Jahres die Rittergüter Brockwinkel und Reppenstedt hinzugepachtet . Dadurch ist die Fläche, die für den landwirtschaftlichen Betrieb zur Verfügung steht, auf das doppelte vergrößert. Es sind jetzt bestellt

mit	Roggen	570	Morgen.
,,	Winterweizen	22	,,
,,	Sommerweizen	16	,,
,,	Hafer	150	,,
,,	Kartoffeln	160	,,
,,	Zuckerrüben	62	,,
,,	Runkelrüben und Steckrüben	40	,,
,,	Mengkorn	44	,,
,,	Seradella	26	,,
,,	Klee	170	,,
	zusammen	1260	Morgen = 315 ha.

unter dem Pfluge. Das übrige Land, also die kleinere Hälfte, besteht aus Gärten, Wiesen und Wald. Der augenblickliche Viehbestand beträgt 21 Pferde, 6 Zugochsen, 400 Schafe, 80 Milchkühe, 1 Stier, 350 Schweine, 300 Hühner, 40 Gänse, 130 Enten, 45 Puten und 140 Tauben.

An diesem Viehbestande muß die Zahl der Zugochsen erheblich vermehrt werden, worauf dann die Zahl der Pferde etwas vermindert werden kann. Es gibt viele Kranke, denen man ein Ochsengespann anvertrauen kann, aber wenige, die mit Pferden vollkommen gut umgehen können; deshalb ist es für den landwirtschaftlichen Betrieb einer Irrenanstalt zweckmäßig, viele Ochsen und wenig Pferde zu halten. Die verhältnismäßig hohe Zahl von Schweinen ist gerechtfertigt durch die Verwendung der Abfälle aus der Anstalt und wegen des ausgedehnten Anbaues von Kartoffeln, der wieder auf der Verwendung der minder leistungfähigen Kranken bei der Kartoffelernte beruht. Die Schweinehaltung

hat jetzt die Stufe erreicht, daß alle Schweine, die gemästet werden können, auch der eigenen Zucht entnommen werden. Von den gemästeten Schweinen werden jede Woche 2 oder 3 für den Haushalt der Anstalt geschlachtet; die übrigen werden verkauft.

Der hohe Bestand des Geflügels beruht zum Teil auf dem besonderen Geschicke des jetzigen Gutsverwalters für die Geflügelzucht. Es werden mehrere Brutmaschinen verwendet und für Rasse-Zuchttiere werden hohe Preise erzielt, z. B. für eine Zuchtgans bis zu 100 Mk. Andererseits bietet auch die Anstalt geeignete Kräfte für das Hüten der Gänse und Puten, während für andere landwirtschaftliche Betriebe durch den hohen Lohn, den jetzt auch minderwertige Arbeitkräfte beanspruchen, die Geflügelzucht unrentabel wird.

Mit Feldarbeit sind in Lüneburg 60 bis 70 Männer und 20 Frauen beschäftigt.

Nach der Landwirtschaft ist die Gärtnerei der wichtigste Zweig der Beschäftigung. Sie hat vor dem Ackerbau den Vorzug, daß es bei ihr leichter ist, auch weibliche Kranke und Kr. aus den höheren Ständen zu beschäftigen. Die Zumutung, Rosen zu okulieren oder Topfgewächse umzupflanzen, stößt selten auf Vorurteile. In Lüneburg sind neben einer ausgedehnten Obstgärtnerei und einem Gemüsegarten, der danach strebt, ausreichendes Material zu liefern, um während des größeren Teils des Jahres alle Kranken, auch die der dritten Klasse, mindestens dreimal in der Woche mit frischem Gemüse beköstigen zu können, auch drei Gewächshäuser, die große Mengen von Topfgewächsen liefern, teils um die Tagräume aller Krankenpavillons reichlich mit Pflanzen zu versehen, teils um die Teppichbeete bepflanzen zu können. In der Gärtnerei sind 35 Männer und 14 Frauen beschäftigt.

Die Kranken, die ein Handwerk gelernt haben, wird man in den meisten Fällen am besten mit diesem beschäftigen. Es ist aber auch oft zweckmäßig, Kranke, die nie ein Handwerk gelernt haben, in einem Werkstättenbetriebe arbeiten zu lassen. Am meisten geschieht das in Lüneburg mit der Mattenflechterei. Sie ist besonders geeignet für viele Kranke, weil sie sehr leicht zu lernen ist und fast keine Instrumente erfordert. Die Matten werden nicht mehr aus Stroh, sondern aus dem zerspaltenen Kern von Rohrstöcken geflochten. Eine höhere Stufe bildet die Korbflechterei, die in Lüneburg die verschiedensten Gegenstände liefert, von den rohesten Kartoffelkörben bis zu den elegantesten Sesseln und Liegestühlen. Im vorigen Herbste wurden Proben in der Ausstellung gezeigt, die mit dem vierten internationalen Kongreß zur Fürsorge für Geisteskranke in Berlin verbunden war. In der Matten- und Korbflechterei sind zurzeit 16 Kranke beschäftigt. Die Schuhmacherei, in der 7 Kranke arbeiten, liefert vorwiegend Reparaturen. Es werden jedoch auch viele neue Sachen angefertigt, besonders Pantoffeln, deren Herstellung zum großen Teil aus Abfallmaterial geschehen kann, so daß sie nur sehr geringe

Unkosten macht. In der Sattlerei sind 10 Kranke beschäftigt, von denen allerdings mehrere nur Roßhaar zupfen, das zur Anfertigung und Aufarbeitung von Matratzen dient. Die Tischler, unter denen 10 Kranke sind, haben die sämtlichen Möbel der zuletzt gebauten Häuser gemacht. Aus allen diesen Werkstätten waren Proben im Oktober vorigen Jahres in Berlin ausgestellt. Die Buchbinderei mit zwei Kranken liefert die Einbände für die wissenschaftliche und Unterhaltungsbibliothek, sowie für den Bürobetrieb. Die beiden geisteskranken Zigarrenmacher fertigten im verflossenen Jahre 25 000 Zigarren an; sie hätten mehr liefern können, aber der Bedarf der Anstalt war mit dieser Zahl gedeckt. In der Schlosserei sind zwei, in der Schneiderei 6 Kranke beschäftigt. Auch mit schriftlichen Arbeiten kann man bei einzelnen Kranken Gutes erreichen, wenn auch diese Beschäftigung den anderen an Wert nachsteht; in Lüneburg helfen zurzeit 4 Kranke bei den einfacheren Bureauarbeiten. Zeitweise waren einzelne Kranke erfolgreich mit Photographieren beschäftigt. Viele beteiligen sich eifrig an der Musik. Hin und wieder kann man auch einzelne Kranke mit wissenschaftlichen Arbeiten beschäftigen. So arbeitet jetzt in Lüneburg ein Patient erfolgreich im städtischen Archiv.

Bei den Frauen wird die Beschäftigung in den Werkstätten durch weibliche Handarbeiten ersetzt. Mit Nähen und Stricken sind jetzt in Lüneburg 64 weibliche Kranke beschäftigt, im Waschhause, also vorwiegend mit Bügeln, 25, mit Spinnen 6 und mit Weben 2. Die aussterbende Kunst des Spinnens und Webens suchen wir zu erhalten. Wir haben daher zwei alte Webstühle, wie sie früher in der Lüneburger Heide allgemein gebräuchlich waren, gekauft und nicht ohne Mühe in Betrieb gesetzt.

Die wirtschaftlichen Ergebnisse der Krankenbeschäftigung sind nicht unerheblich. Im Jahre 1910 sind für die Landwirtschaft ausgegeben 120 000 Mk., aus der Landwirtschaft eingenommen 153 000 Mk., so daß ein Überschuß von 33 000 Mk. verblieb. Der Werkstättenbetrieb ergab eine Einnahme von 40 000 Mk. und eine Ausgabe von 32 000 Mk., so daß ein Gewinn von 8000 Mk. erzielt wurde. Das ist einerseits erfreulich, bringt aber andererseits die Gefahr mit sich, daß Landwirtschaft und Werkstätten Selbstzweck werden können und aufhören, ein Mittel zur Behandlung der Kranken zu sein. Eine andere Schwierigkeit für die Beschäftigungstherapie entsteht zuweilen daraus, daß unvernünftige Angehörige sich darüber beschweren, daß ihre Kranken „arbeiten müßten". Unter den Kranken selbst findet man die Auffassung, daß das Arbeiten ein Unglück und der Müßiggang erstrebenswert sei, selten und fast nur bei verbrecherischen Kranken, die dann allerdings zuweilen auch ihre Umgebung aufhetzen und dadurch Störungen in der Beschäftigung verursachen. Als Aneiferung zu fleißiger Arbeit haben sich kleine Belohnungen, wie Taback, Kuchen, Obst, die Teilnahme an Vergnügungen und Ausflügen und dergl. stets als ausreichend erwiesen. Das wesentliche ist, daß der ganze Geist in den Abteilungen für chronische Kranke es als selbst-



verständlich erscheinen läßt, wenn jeder, der es kann, auch arbeitet. Bei den Rekonvaleszenten braucht man nur zu betonen, daß die Entlassung aus der Anstalt erwogen werden könne, sobald der Nachweis der Arbeitfähigkeit erbracht sei.

In der Diskussion äußert sich *Stamm*-Ilten dahin, daß grobmechanische Beschäftigung nicht zu entbehren sei. Bei Kranken, die manisch werden, sei nicht immer Bettruhe angezeigt, vielmehr sei es oft nützlich, ihnen kleine Arbeiten ohne Werkzeug zu übertragen; dadurch werde Appetit und Stoffwechsel gehoben. Nach wenigen Wochen könnten dann Gerätearbeiten, Erdarbeiten, Graben, Umpacken von Kartoffelkellern usw. folgen. Man spare auf diese Weise Dauerbäder und Schlafmittel.

Auf eine Anfrage von *Quaet-Faslem*-Rasemühle erwidert *Snell*-Lüneburg, Kranken Arbeitlöhne in baar bei der Entlassung mitzugeben, habe er Bedenken, da hierdurch leicht Neid und Mißgunst hervorgerufen würde; er gebe Arbeitlohn nur in Naturalien, z. B. Tabak. Selbstgefertigte Sachen hätten Kranke nur in Ausnahmefällen bei der Entlassung mitbekommen.

Quaet-Faslem-Rasemühle: Beschäftigung, Gymnastik, Turnen, Turnspiele und Sport bei der Behandlung Nervenkranker.

Diese Art der Therapie entbehrt der wissenschaftlichen Folie, ihre Vorteile lassen sich wenig oder gar nicht der wissenschaftlich exakten Forschung zugänglich machen und die ihr speziell zukommenden Erfolge schwer abgrenzen, da noch eine Reihe anderer Heilmethoden zu gleicher Zeit in Frage kommen.

Die somatischen und psychischen Wirkungen sind allgemein bekannt.

Unsere Erfahrungen in der Rasemühle, die besonders berücksichtigt sind, datieren für den Zeitraum des Bestehens des Sanatoriums, d. h. acht Jahre.

Notwendig ist bei der Beschäftigung die Kontrolle, besser Mitarbeit des Arztes zur Vermeidung von Überanstrengungen.

Die Arbeit muß genau dosiert werden, es muß ein Trainieren zur Arbeit stattfinden.

Vorurteile beseitigen am besten belehrende Vorträge.

Der Kranke soll die Arbeit als das vornehmste und erstrebenswerteste Heilmittel erkennen und schätzen lernen.

Arbeit muß abwechslungreich, interessant und produktiv sein, muß regelmäßig vorgenommen werden, mit einer Muskelanstrengung verbunden sein, den Ehrgeiz des Patienten mobil machen, muß namentlich auf geistigem Gebiet der Beruftätigkeit möglichst fernliegen, den Wünschen des Kranken nach Möglichkeit Rechnung tragen und, wenn es angeht, seinen Liebhabereien Spielraum gewähren.

Fraglos ist Beschäftigung im Freien vorzuziehen.



Sie erhöht die somatischen Wirkungen unter vermehrter Sauerstoffzufuhr, bietet die größte Bewegungsmöglichkeit, lenkt die Aufmerksamkeit auf Dinge der Außenwelt vorteilhaft ab und bietet am reichlichsten Gelegenheit zu Differenzierung.

Arbeit soll möglichst viel Muskelgruppen auf einmal in Bewegung setzen, muß mit einem gewissen Maß Nachdenken verbunden sein, soll die Anschauung steigern und im Anfang möglichst einfach sein.

Ein Kunsthandwerk ist dem Holzhacken, eine organisierende landwirtschaftliche Tätigkeit dem Graben vorzuziehen.

Außerordentlich wichtig ist es, die körperliche mit entsprechender geistiger Tätigkeit zu vereinen, wie z. B. Feldarbeit mit botanischen, Bienenzucht und Vogelschutz mit zoologischen Studien, event. Sammlungen aus den erwähnten Gebieten.

Die Dauer der Beschäftigung ohne Unterbrechung soll zwei-, die tägliche vier Stunden nicht überschreiten.

Wir verfahren auf Grund unserer Erfahrungen nach einem von uns aufgestellten Schema, das vorliegt.

Die Schwierigkeiten, auch bei Anerkennung des Nutzens dieser Heilweise, steigen mit der Wohlhabenheit und der Ungewohntheit manueller Tätigkeit, erhöhen sich bei Kranken, denen ihre Mittel erlauben, ohne Beruf lediglich in Untätigkeit ihr Leben hinzubringen, und sind am größten beim Traumatiker.

Nicht zu entbehren ist bei den meisten Arten der Beschäftigung sachverständige Anleitung, die entweder ein Angestellter geben muß oder aber ein Kranker. Das Ideal wäre ein gebildeter Arbeitleiter.

Die geeignetste Art der Beschäftigung ist fraglos die Gärtnerei.

Während die einfacheren Zweige derselben jeder ohne Anleitung leisten kann, erfordern schon mehr Geschick und Nachdenken: Gemüsebau, Blumenzucht und Obstbau. Am besten geeignet sind gärtnerische Neuanlagen größeren Stils, die mit ästhetischer Massenwirkung rechnen und mit der Überwindung mehr oder weniger großer Hindernisse arbeiten müssen.

Es schließen sich als geeignet an: Landwirtschaft, Holzhacken, -sägen und -abziehen, Zimmermannsarbeiten, Malen, Zeichnen, Terrainskizzieren, Photographieren, Bienenzucht, Schutz der Nutzvögel, Aufzucht von Tieren, Fischzucht, Tischlerei.

Die Tischlerei steht nächst der Gartenarbeit entschieden an erster Stelle.

Sie kann außerordentlich differenziert werden, die Handhabung der meisten Werkzeuge ist einfach, leicht zu erlernen und bedingt die mannigfaltigsten Körperbewegungen. Der Arbeiter übersieht seine Arbeit vom Anfang bis zum Ende, kann eine weitgehende Selbständigkeit erreichen und allerhand Liebhabereien nachgehen.

Es kommen weiter hinzu: Arbeiten aus natürlichem Holz oder spanischem Rohr, Buchbinderei, Schnitzen und Kerbschnitz, Modellieren, galvanoplastische Arbeiten, einfachere Metallarbeiten, Schlosserei, Klempnerei, Papierarbeiten, Laubsägearbeiten, Drechseln, Korbflechterei und Weberei (besser für Geisteskranke und Idioten), Kunsthandwerk aller Art, Arbeiten in der Koch- und Waschküche, Malerarbeiten, Blumenbinderei, und event. andere Handwerke, die aber zweckmäßig nur von Angehörigen des betreffenden Berufs ausgeführt werden (Böttcher, Schuster Schneider, Tapezier, Monteur usw.).

(Die gesperrt gedruckten Beschäftigungsarten werden in der Rasemühle gepflegt.)

Die körperliche Arbeit verbindet sich zwanglos mit entsprechender Lektüre, die meist außerordentlich leicht, mit wenig Denkarbeit und Anstrengung des Gehirns verbunden und dabei doch anregend und übend ist.

Die Kombination körperlicher und geistiger Tätigkeit ermöglicht z. B. die Heilpflege, d. h. die Heranziehung der Patienten zur Hilfe in der Therapeutik mit gleichzeitiger Belehrung durch mit Takt gehaltene Vorträge des Arztes.

Mitunter wird man auch rein geistige Tätigkeit heranziehen müssen.

Es handele sich um einen Studenten, der kurz vor dem Examen versagte, oder einen überarbeiteten Schulmann, Gelehrten oder Schriftsteller, dem vor allem daran liegt, seine geistige Arbeit- und Leistungfähigkeit wiederzuerlangen.

Hier muß noch vorsichtiger dosiert, noch langsamer trainiert werden. Anfangs ist ängstlich jede Berufs- oder an den Beruf erinnernde Arbeit zu meiden.

Erst wenn die Leistungfähigkeit wesentlich gesteigert ist, beginnt man langsam mit Arbeiten, die der Beruftätigkeit oder dem Studium des Betreffenden näher liegen.

Sehr nützlich für Vorgeschrittenere ist das Unterrichten, namentlich von Kindern.

Eine gute geistige Arbeit ist auch das Halten von Vorträgen über ein den Kranken interessierendes Thema.

Vorzüglich ist die Beschäftigung mit Liebhabereien, mit der stets ein exquisites Lustgefühl verbunden ist. (Jagd, Angelsport usw.).

Hier muß nur die Kontrolle durch den Arzt vor Übertreibungen schützen, da zu der Lust zur Sache noch die Leidenschaft hinzukommt.

Sehr zweckmäßig für geistige Beschäftigung ist das Anlegen von Sammlungen.

Nicht ganz zu entbehren ist der Zwang. Zweckmäßig ist, die Arbeit mit Gesang begleiten, bei weniger anregender Tätigkeit, namentlich



der Damen, einen spannenden Roman vorlesen zu lassen, dessen Fortsetzung nur den zur Beschäftigung erscheinenden zugänglich ist.

Außerordentlich viel macht das Beispiel des Arztes aus, notwendig ist Gewöhnung an gewissenhafteste Ordnung.

Sehr empfehlenswert ist das Anbringen von Modellen in den zur Arbeit bestimmten Räumen.

Eventuell können Leistungen vergütet, hergestellte Gegenstände mitgenommen werden.

Der Nutzen der Arbeitstherapie für die Folgezeit liegt in der Anregung zur Fortsetzung des Erlernten und oft auch in der Vorbereitung für einen neuen Beruf.

Die Nutzeffekte des Turnens, der Gymnastik und des Sports decken sich mit denen der Arbeit, nur kommt in weit stärkerem Maße der Ehrgeiz als nicht zu unterschätzender, aber auch mit Vorsicht zu verwendender Faktor in Frage.

Die Leidenschaft muß beim Nervösen gezügelt werden.

Der Gebrauch schränkt sich von selbst auf ein verhältnismäßig geringes Maß ein.

Jede Übertreibung rächt sich bitter, auch beim Gesunden und führt ins pathologische Grenzgebiet.

„Systeme sind für Kranke weniger geeignet."

Am besten eignet sich die deutsche und schwedische Gymnastik.

Die Übungen sollen nur kurz sein.

Ein um den anderen Tag zu üben genügt.

Der Arzt soll die Übungen selbst leiten. Nur er kann die Leistungfähigkeit seiner Schützlinge richtig beurteilen und kann außerdem beim Üben eine wichtige und wenig auffällige Kontrolle ausüben.

Es soll bei den gymnastischen Übungen möglichst auch das Denken der Patienten angespannt werden. Dies geschieht durch Komplikation der Übungen durch möglichst lange Festhaltung schwierigerer Stellungen. (Es wird dies an einer größeren Serie photographischer Aufnahmen illustriert.)

Zu bevorzugen sind Gleichgewichtübungen.

Das Üben im größeren Verbande ist den Einzelübungen vorzuziehen.

Neben der Gymnastik ist das deutsche Turnen eine vorzügliche Art der Körperbewegung.

Neben Beherrschung der Gesamtmuskulatur erfordert es einen gewissen Grad von Entschlußfähigkeit, Energie und Mut.

Es reizt zum Wettbewerb und macht daher den Ehrgeiz mobil.

Recht zweckmäßig unter anderen sind Übungen an einer leicht herzustellenden transportablen Doppelleiter.

Sehr gut eignen sich auch Pyramiden.

Sie erfordern zu ihrer Stellung raschen Entschluß, Aufmerken und Übersehen der Situation.

Vorzüglich geeignet sind Turnspiele. Vom einfachen Reifenschlagen bis zum Schleuderball. Nicht geeignet sind Fußball, Krikett und Hockey.

Von Sport eignen sich natürlich in vernünftigen Grenzen außer Alpinismus, Automobil- und Luftsport, Boxen und Schwerathletik, alle Arten.

Radfahren empfiehlt sich in der Form leichten Tourenfahrens.

Reitsport ist sehr gut, aber natürlich durch seine Kostspieligkeit begrenzt.

Schwimm- und Schlittschuhsport sind sehr geeignet aber natürlich an örtliche Verhältnisse gebunden, ebenso Rudersport und der für Nervöse außerordentlich empfehlenswerte Segelsport.

Heranzuziehen ist auch Bogenschießen.

Fechten namentlich mit dem Florett muß sehr empfohlen werden.

Wir treiben in Rasemühle: Angelsport, Wurfübungen (Ger, Diskus) und Gehsport.

Wintersport ist in fast allen seinen Zweigen empfehlenswert, aber natürlich auch an lokale Verhältnisse gebunden.

Der für den Nervenkranken geeignetste Wintersport ist das Schneeschuhlaufen.

Wir üben: Schneeschuhlauf, Rodeln, Rennwolffahren.

(All die einzelnen Arten von Gymnastik, Turnen und Sport werden in ihrer Handhabung im Sanatorium durch Bilder illustriert.)

Nach Möglichkeit sollte der Arzt, der einen Sport als Heilmittel empfiehlt, die betreffende Sportart selbst ausüben oder ausgeübt haben, um imstande zu sein, die damit verbundenen körperlichen Anstrengungen und ihren Einfluß auf die Körperorgane richtig zu beurteilen.

Nicht geeignet für die genannten Arten der Therapie sind der größte Teil der organischen Erkrankungen des Zentralnervensystems, geeignet: Neurasthenie, Hysterie, endogene Nervosität, leichter Schwachsinn, leichte Melancholie, Unfallneurosen, Alkoholismus und Morphinismus.

Vorsichtigste Dosierung ist namentlich notwendig bei weitgehender Gemütsdepression, Reizzuständen, Empfindlichkeit gegen Lichteindrücke und Geräusche, Angstzuständen, zerebralen Erscheinungen, hypochondrischer Färbung der Erkrankung, ausgesprochener Schlaflosigkeit und Zwangszuständen.

Öder Schematismus kann bei dieser Art der Behandlung unberechenbaren Schaden stiften und den Segen in Unsegen verwandeln.

F. Eichelberg-Göttingen: Zur Salvarsanbehandlung der syphilitischen und metasyphilitischen Erkrankungen des Zentralnervensystems.

E. berichtet über die Erfahrungen, die in der Göttinger Nervenklinik mit dieser Behandlung gemacht sind unter gleichzeitiger Berücksichtigung der übrigen einschlägigen Literatur.



Am beliebtesten ist zurzeit die intravenöse Injektion des Mittels. Bei dieser Injektion ist erforderlich, daß das Salvarsan in alkalischer Lösung injiziert wird. *E.* ist der Ansicht, daß auch die intramuskuläre Injektion und zwar im oberen äußeren Quadranten der Glutäalmuskulatur zu empfehlen ist. Unangenehme Nebenerscheinungen hat er bei dieser Injektion nicht gesehen. Über nennenswerte Schmerzen wurde in keinem Falle geklagt. Es entstanden hinterher wohl Infiltrate, die sich sehr langsam zurückbildeten, aber keine Beschwerden hervorriefen.

Injiziert wurde in neutraler Suspension oder in saurer Lösung.

Was die sogenannte neurotrope Wirkung des Mittels angeht, so kann *E.* der Auffassung *Ehrlichs* sich nicht anschließen. Früher haben luische Rezidive der peripheren Nerven zu den Seltenheiten gehört. Nach der Behandlung mit Salvarsan traten diese Fälle zahlreicher auf. Es besteht daher die Wahrscheinlichkeit, daß das Salvarsan in irgendeiner Weise hierbei eine Rolle spielt. *E.* selbst hat keine Schädigungen an peripheren Nerven nach Salvarsaninjektion gesehen.

Bei der Beurteilung der Todesfälle nach Behandlung mit Salvarsan muß man sehr vorsichtig sein. Mehrere in der Literatur bekannte Fälle wären sicher auch ohne Salvarsaninjektion gestorben. Bei einigen Fällen muß man aber den Tod doch auf die Salvarsaninjektion zurückführen. *E.* berichtet über einen hierher gehörigen Todesfall, der vor kurzem in der Göttinger Nervenklinik zur Beobachtung kam:

„L. H., 47 Jahre alt. Früher gesund. Vor 5 Jahren sicher luische Infektion. Mit drei Schmierkuren bisher behandelt, zuletzt vor 2 Jahren. Seit etwa 5 Wochen zunehmende Schwäche in beiden Beinen. Objektiver Befund bei der Aufnahme: Spastische Parese der Beine mit *Babinski* usw. Pupillen links fast starr auf Licht, rechts wenig ausgiebig. Auf Akkommodation gute Reaktion. Leichte psychische Störungen. *Wassermann* im Blut positiv. Intramuskuläre Injektion von 0,5 Salvarsan in neutraler Suspension. Am 13. Tag nach der Injektion Fieberanstieg bis 39^{6}. Puls stark beschleunigt. Unter Zeichen zunehmender Herzschwäche 5 Tage später exitus.

Sektionsbefund: Leptomeningitis. Kleiner Erweichungsherd im rechten Nucleus lentiformis. Geringe Coronalsklerose, sonst keine nachweisbaren Veränderungen."

In einem anderen Falle trat auch am 12. Tage nach der intramuskulären Injektion ein erheblicher Fieberanstieg bis 40^{2} ein. Gleichzeitig war ein masernähnliches Exanthem am ganzen Körper vorhanden. Der Puls war erheblich beschleunigt, und der Zustand erschien bedrohlich. Nach 2 Tagen trat von selbst rasche Besserung ein.

Anderweitige Komplikationen hat *E.* selbst nicht beobachtet.

Behandelt wurden bisher 31 Fälle und zwar 10 Dementia paralytica, 7 Tabes dorsalis, und 14 Lues cerebrospinalis. Eine Einwirkung des Mittels auf Paralyse war in keinem Falle erkennbar. Auch die in der Literatur



bekannten Besserungen bei Paralyse nach Salvarsan scheinen nur vorübergehender Natur gewesen zu sein. Bei den Fällen von Tabes dorsalis trat fast immer eine auffallende Besserung des allgemeinen Kräftezustandes ein. Eine Veränderung im objektiven Befunde an den Pupillen, Reflexen usw. konnte niemals festgestellt werden. Es muß abgewartet werden, ob der weitere Verlauf der mit Salvarsan behandelten Fälle von Tabes ein günstigerer ist, als sonst.

Bei Lues cerebrospinalis wirkt das Mittel meist sehr günstig. Die Besserung trat meist nach 8 bis 14 Tagen ein. Besonders gut war der Erfolg in einem Falle, wo eine spastische Lähmung der unteren Extremitäten vorhanden war und gleichzeitig eine nervöse Taubheit seit etwa ½ Jahr bestand. Die Lähmung ging fast völlig zurück, und es trat auch eine erhebliche Besserung der Hörfähigkeit ein. Bei durch Lues bedingter nervöser Schwerhörigkeit scheint das Salvarsan besser zu wirken, als die bisherigen Behandlungen. Die *Wassermann*sche Reaktion veränderte sich nach Salvarsaninjektion bei Lues cerebri in geringerem Prozentsatze als bei Behandlung mit Quecksilber und Jod. Bei Paralyse und Tabes wird die *Wassermann*sche Reaktion nur in seltenen Fällen nach Salvarsanbehandlung negativ. *E.* kommt zu folgenden Schlüssen: Bei der Dementia paralytica ist eine Salvarsanbehandlung zwecklos. Bei der Tabes dorsalis müssen noch weitere Erfahrungen gesammelt werden, besonders müssen die bisher behandelten Fälle noch längere Zeit beobachtet werden, um ein abschließendes Urteil abgeben zu können. Bei Lues cerebrospinalis wirkt das Mittel günstig, doch erscheint es zweifelhaft, ob man mit Salvarsanbehandlung viel weiter kommt als mit Quecksilber- und Jodbehandlung. Da die Behandlung nicht als vollkommen ungefährlich zu bezeichnen ist, dürfte es sich empfehlen, Lues cerebrospinalis zunächst mit Quecksilber und Jod zu behandeln und erst dann, wenn die Krankheit hierdurch nicht günstig beeinflußt wird, zum Salvarsan zu greifen.

Als erster Diskussionsredner berichtet *Grütter*-Lüneburg, er habe die neutrale Lösung benutzt und keine Lokalerscheinungen bei intramuskulärer Injektion beobachtet; Schmerzen seien aufgetreten bei einer Kranken und bei drei Kranken Fieber, doch sei dies nach wenigen Tagen verschwunden. Er habe Paralytiker nur im Anfangstadium und in guter Remission mit Salvarsan behandelt. Bei Paralyse sah er keine Wirkung, *Wassermann* blieb sich gleich; ein Fall von Lues cerebri blieb ebenfalls unverändert, eine schwere Iridocyclitis heilte nach Salvarsan in zehn Tagen, *Wassermann* ging zurück.

Nachdem auch *de la Motte*-Bremen sich über erfolglose Salvarsan-Anwendung geäußert hatte, berichtete *Reinhold*-Hannover über seine im Krankenhaus gemachten Erfahrungen. Darnach wurden von fünf Tabesfällen drei durch Salvarsan nicht beeinflußt; eine Frau mit lanzinierenden Schmerzen und gastrischen Krisen ward gebessert, ebenso wurden beim



fünften Fall die Schmerzen gelindert. Ein Fall von Lues cerebri mit Neuritis optica blieb ohne Besserung. Nach der ersten Behandlung trat hier eine lokale Nekrose ein. Auf *Reinholds* Anfrage erwidert der Vortragende *Eichelberg*, das in seinem Vortrage erwähnte Exanthem sei masernähnlich gewesen, nur das Gesicht sei frei geblieben. Es sei nicht einwandfrei festzustellen, ob die Vergiftungserscheinungen auf das Salvarsan oder die Nebenstoffe, Säure, Alkali zurückzuführen seien. Salvarsan löse sich ohne weiteres in Wasser, und diese Lösung sei zu Versuchzwecken am geeignetsten. Gangrän trete nach Salvarsaninjektionen wohl öfter auf, doch entzöge sich dies zunächst der Beobachtung wegen der versteckten Lage in der Tiefe, wie ihm ein Fall bewiesen hätte, der nach einer interkurrenten Krankheit zur Sektion kam.

Jüttner-Göttingen: Grenzzustände in der Armee und Marine.

Im Zeitraum der letzten 5 Jahre wurden in der Göttinger Heil- und Pflegeanstalt 43 auf der Grenze zwischen geistiger Gesundheit und Krankheit stehende Geisteszustände bei Angehörigen der Armee und Marine beobachtet, und zwar war an diesem Material hauptsächlich die Marine beteiligt. 17 Marineangehörige entstammten dem Maschinen- und Heizer- bzw. Torpedopersonal; die Tatsache, daß 16 davon Psychopathen waren, bestätigt die bekannten Erfahrungen, daß den diesen Klassen eigentümlichen schweren Anforderungen ihres Spezialdienstes eine nicht zu unterschätzende Einwirkung auf ein nicht ganz intaktes Gehirn zukommt. Den Dienstjahren nach entfiel ein kleiner Teil (7) auf das 1. und weitere 6 auf das 5. und höhere Dienstjahre, während der Rest dem 2. bis 4. Dienstjahr angehörte. Freiwillig eingetreten waren 2 Einjährige und 9 Mannschaften; davon waren 9 Degenerierte bzw. Psychopathen, ein Hinweis, mit welcher Vorsicht gerade der Eintritt von Freiwilligen zu bewerten ist. Im Zivil waren wegen Eigentumvergehen, Roheitdelikten usw. 18 vorbestraft. Als Soldat waren ohne jede Strafe nur 8 Mann geblieben, während 12 während der Dienstzeit bereits gerichtlich bestraft waren. Über die Hälfte aller strafbaren Handlungen (18) waren gegen die militärische Unterordnung in Form von Gehorsamverweigerung, Achtungverletzung, Bedrohungen von Vorgesetzten und tätlichen Angriffen begangen. Die weitaus größte Gruppe (20) bildeten die Degenerierten, die in ihrer Anamnese fast durchweg die für den Lebensgang eines echten Degénéré typischen Aufzeichnungen boten. Nach einem teilweise abenteuerlichen Wanderleben waren sie gewöhnlich in den Seemannberuf geraten und dann, in mehreren Fällen verspätet als unsichere Heerespflichtige, zur Einstellung in die Marine gelangt. Während ein ganz geringer Teil zunächst an der straffen Disziplin einen gewissen Halt fand, sich eine ganze Zeitlang gut und straffrei führte, um schließlich doch unter dem Einfluß anderer minderwertiger Elemente oder auch des Alkohols zu entgleisen, konnte die Mehrzahl der Beobachteten von vornherein sich der militärischen



Unterordnung nicht fügen, sondern kam bald mit den Gesetzen der Disziplin in Konflikt, erlitt immer wieder neue Disziplinarstrafen, die sie aber natürlich nicht erzogen und besserten, bis sie dann meist infolge ihrer Erregbarkeit im Affekt oder der Folgeerscheinungen der überaus häufigen Alkoholintoleranz zu schwereren Vergehen sich hinreißen ließ und dann in die gerichtliche Untersuchung und damit meist in die ärztliche Beobachtung kam. Über die Hälfte der Degenerierten (11) hatte ihre Straftaten unter Alkoholeinfluß verübt; dreimal lag ein pathologischer Rausch vor, und in weiteren 5 Fällen ließ sich durch den Alkoholversuch Alkoholintoleranz nachweisen. Zwangsvorstellungen führten bei einem degenerierten Einjährigen zur unerlaubten Entfernung; des gleichen Vergehens machte sich ein ebenfalls degenerierter Einjähriger unter dem Einfluß eines Angstaffektes schuldig. Schließlich wurden noch bei einem 28 jährigen Oberbootmannsmaat neben einer Reihe körperlicher und psychischer Degenerationszeichen Initialsymptome einer organischen Gehirnerkrankung beobachtet. Der § 51 StGB. wurde überall da bejaht, wo Affekthandlungen, Zwangsvorstellungen und pathologische Alkoholreaktionen in Frage kamen, während bei einem kleineren Teil der übrigen Fälle die geistige Minderwertigkeit hervorgehoben wurde.

Vom angeborenen Schwachsinn solchen Grades, daß die Exkulpierung erfolgen konnte, fanden sich 6 Fälle, während bei 4 weiteren der Schwachsinn leichteren Grades war und nur eine geminderte Zurechnungfähigkeit in Frage kommen konnte. Ein Arbeitsoldat kam mit einem Register von nicht weniger als 29 Disziplinar- und gerichtlichen Strafen, letztere wegen Fahnenflucht, Ungehorsams, unerlaubter Entfernung und dergleichen, in die Anstalt, nachdem er während dreier Dienstjahre ständig zwischen Festung, Arbeiterabteilung und Lazarett hin- und hergewandert war. Ein weiterer hochgradig schwachsinniger Musketier hatte zum dritten Male aus Angst vor kleineren Disziplinarstrafen Fahnenflucht begangen. In 3 weiteren Fällen, die in der Anstalt nur das Bild eines erheblichen Schwachsinns boten, waren bei der Truppe bzw. im Lazarett Symptome, die auf eine rasch abklingende Attacke von Jugendirresein deuteten, beobachtet worden.

Schädeltraumen fanden sich häufig in der Anamnese, in 12 Fällen waren sie offenbar ganz geringfügiger Natur gewesen und auf die Beurteilung ohne Einfluß; in 4 Fällen von Epilepsie waren in der Kindheit bzw. Pubertät ganz erhebliche Kopfverletzungen vorgekommen, die sicher auf die Krankheit auslösend oder verschlimmernd gewirkt hatten. Bei 2 Fällen angeborenen Schwachsinns hatten schwere Schädeltraumen (Commotio cerebri) das schon von Hause aus minderwertige Gehirn weiter schädigend beeinflußt, während eine gleiche, in der Pubertät erlittene Verletzung bei einem Manne mit leicht psychopathischer Grundlage keine nachweisbaren psychischen Veränderungen veranlaßt hatte.

In das Bild der Hysterie gehörten nur 2 Fälle; bei dem einen hatte



sich nach der Aburteilung, verursacht durch die drohende Strafe, ein psychogener Zustand entwickelt, der dann in der Anstalt unter psychischer Beeinflussung langsam abklang. Im andern Falle handelte es sich um einen Hysterikus mit Verstimmungzuständen und mehrfachen theatralischen Suizidversuchen. Der Epilepsie gehörten 4 Fälle an; 3 davon wiesen eine ausgesprochen epileptische Anamnese auf; 2 waren bei der Truppe durch Verwirrungzustände aufgefallen, die aber als Erregungzustände bei Schwachsinnigen gedeutet worden waren; in beiden Fällen ergab die Anstaltbeobachtung typische Anfälle bzw. Verwirrungzustände. Bei den übrigen beiden Epilepsiefällen handelte es sich um Unterschlagung bzw. Gehorsamsvergehen im Dämmerzustand.

Aggravation kam bei dem fast durchweg psychopathischen Material häufig zur Beobachtung; Simulationsversuche waren nur in 5 Fällen zu verzeichnen, sie wurden meist recht ungeschickt und nicht konsequent durchgeführt und durchweg bald aufgegeben; vorgetäuscht wurden Krampfanfälle, ein Verwirrungzustand, Vorbeireden und einmal ein Stuporzustand mit Sensibilitätstörungen. *Stüber.*

---

135. Sitzung des Psychiatrischen Vereins zu Berlin am 24. Juni 1911.

Anwesend: *Ascher*-Berlin, *Emanuel*-Charlottenburg, *Falkenberg*-Lichtenberg, *Finckh*-Nordend, *Forster*-Berlin a. G., *E. Gatz-Emanuel*-Charlottenburg a. G., *Margit Hauff*-Berlin, *Hebold*-Wuhlgarten, *Heine*-Wittenau a. G., *Holzmann*-Berlin a. G., *Klipstein*-Lichtenberg, *Knoerr*-Teupitz, *Hans Laehr*-Schweizerhof, *Marcuse*-Lichtenberg, *Moeli*-Lichtenberg, *Oestreicher*-Nordend, *Pfister*-Charlottenburg, *Sander*-Lichtenrade, *Schmidt*-Lichtenberg, *Seige*-Berlin a. G., *Skierlo*-Potsdam, *Spliedt*-Waldfrieden, *Waldschmidt*-Nikolassee, *Werner*-Buch, *Zinn*-Eberswalde.

Vorsitzender: *Moeli*-Lichtenberg.

Der Kassenführer *Zinn*-Eberswalde berichtet über den Stand der Vereinskasse. Ihm wird Entlastung erteilt.

Der Vorstand wird durch Zuruf wiedergewählt.

Marcuse-Lichtenberg demonstriert einen Fall von ungewöhnlich hochgradiger und langdauernder Sprachstörung bei Paralyse. Ob es sich um Paralyse oder Lues cerebri handelt, ist hier nur mit einer gewissen Reserve zu entscheiden. Er ähnelt dem im vorigen Jahre demonstrierten Fall von Herdsymptomen bei Paralyse, bei dem der makroskopische Sektionsbefund, wie durch Nachfrage festgestellt werden konnte, den für Paralyse gewöhnlichen Befund ergab. Bei dem heutigen Fall hat die Störung apoplektiform begonnen, sich aber dann allmählich entwickelt. Am 13. August 1910 wurde der jetzt 38 jährige Patient in benommenen Zustand im Kran-



kenhaus Friedrichshain aufgenommen. Schon kurz danach zeigte sich Aphasie und rechtseitige Lähmung. Die Störungen gingen offenbar erheblich zurück, denn Patient konnte nach 7 Wochen gebessert entlassen werden. 3 Wochen später wurde er jedoch wieder in aphasischem Zustande aufgenommen. Gleichzeitig trat die Demenz stärker hervor, so daß die bisherige Diagnose Lues cerebri in Paralyse umgeändert und Pat. am 23. November nach Herzberge verlegt wurde.

Hier zeigte er anfangs Silbenstolpern und undeutlich-verwaschene Sprache. Allmählich entwickelte sich trotz Jodkalikur die noch jetzt bestehende Aphasie. Die Spontansprache ist auf einzelne Worte beschränkt, das Nachsprechen aufgehoben, das Wortverständnis sehr erheblich gestört. Lesen ist auf das Erkennen einzelner Buchstaben reduziert. Während Pat. anfangs noch seinen Namen schreiben konnte, kritzelt er jetzt nur sinnlose Striche mit der linken Hand. Durch Zeichen kann man sich nur in geringem Grade mit ihm verständigen. Das Gehör ist gut. Pat. pfeift sogar angefangene Melodien richtig weiter. Es besteht ferner reflektorische Pupillenstarre bei erhaltener Konvergenzreaktion, rechtseitige spastische Parese und geringe Apraxie der linken Hand. Psychisch ist vor allem die Euphorie bemerkenswert, in der Pat. sich oft befindet. Ferner die große Stumpfheit und Interesselosigkeit, wenn er sich selbst überlassen ist.

Nach alledem dürfte es sich um Paralyse handeln. Die Demenz hat sich in ½ Jahr entwickelt, ebenso sind die Herdsymptome trotz antiluischer Behandlung sukzessive stärker geworden. Dabei fehlen Kopfschmerz, Neuritis optica, Störungen der Augenbewegungen. Die Lumbalpunktion ergab einen leicht flockig getrübten Liquor, der sich unter erhöhtem Druck entleerte. Die *Nonne*sche Reaktion Phase I war stark positiv. Das lange Bestehen einer so ausgesprochenen Aphasie ist immerhin bei Paralyse selten, so daß vielleicht eine Kombination beider Prozesse vorliegt, wie sie *Sträußler* als „Paralyse mit Hirnlues“ bezeichnet und histologisch nachgewiesen hat.

Wieviel langsamer die Demenz bei Hirnlues fortschreitet, zeigt der zweite Fall. Die Diagnose ist hier sicher. Das Leiden besteht bereits seit 1901 und hat zu einem bulbären Symptomenkomplex geführt, der neurologisches Interesse haben dürfte. Pat. hat 1901 im Alter von 29 Jahren einen Schlaganfall erlitten, der Sprachstörung und Zwangslachen zur Folge hatte. Diese Symptome sind heute in noch höherem Grade vorhanden. Er spricht mit nasalem Klang kaum verständlich. Es besteht ferner häufiges Verschlucken, Singultus, Speichelfluß, Atrophie der Zunge und der Lippe, bes. linkseitig. Die Augenbewegungen sind beschränkt, die Pupillenreaktion dagegen erhalten. Es findet sich ferner mäßige Nackensteifigkeit, spastisch-paretischer Gang, Adiadokokinesis der Hände, *Babinski* ist beiderseits angedeutet. Der *Mendel*sche Reflex besonders links ausgeprägt. Der Gesichtsausdruck hat etwas starres.

Neurologisch ist noch ein Symptom sehr bemerkenswert, das im



allgemeinen selten zu sein scheint — *Oppenheim* hat es bei Kleinhirntumoren gefunden —, der Klonus der Uvula, d. h. die Uvula wird durch rhythmische, ziemlich langsame Kontraktionen des Gaumensegels ständig auf und abwärts bewegt. Bei der Phonation tritt eine linksseitige Parese des Gaumensegels trotzdem deutlich hervor. Die Stimmbänder beteiligen sich an den Kontraktionen nicht.

Pat. ist hochgradig schwerhörig, so daß die Verständigung mit ihm in doppelter Weise erschwert ist. Trotzdem kann man mit Hilfe des Hörrohrs und geschriebener Fragen feststellen, daß er ziemlich orientiert ist. Er befolgt auch schriftliche Aufforderungen.

Die Demenz äußert sich in großer Stumpfheit. Er beschäftigt sich gar nicht. Das Zwangslachen bildet seine einzige Klage, während ihm die übrigen Störungen offenbar kaum zum Bewußtsein kommen. Eine sukzessive Verschlechterung ist auch hier eingetreten, doch ist der Verfall der Intelligenz viel allmählicher, als bei dem anderen Pat., und jetzt, nach 10 jährigem Bestehen des Leidens, noch nicht so groß, wie bei diesem nach ½ Jahr. Allerdings muß man bei einem Vergleich die verschiedene Lokalisation berücksichtigen. Selbst dann aber erscheint der Defekt bei dem Paralytiker größer. Während dieser hier auf Fragen sehr langsam und schwerfällig antwortet, reagiert der Paralytiker im Gegenteil übermäßig lebhaft mit unartikulierten Lauten, ohne daß ihm dabei sein Unvermögen, sich verständlich zu machen, zum Bewußtsein kommt.

Diskussion. — *Moeli* weist darauf hin, daß je mehr Erscheinungen von mehr herdartigem Entstehungscharakter uns im Bilde der Paralyse oder zweifelhafter Fälle begegnen, um so mehr neben der Art der Sprachstörung die psychischen allgemeinen Erscheinungen Bedeutung gewinnen. Die Ausfallerscheinungen in der Art ihrer Entwicklung, ihrer Stetigkeit und Gleichmäßigkeit müssen herangezogen werden, wofür auf einzelne Beispiele hingewiesen wird.

Forster-Berlin stellt einen Patienten vor, der nach leichten Initial-Erscheinungen (er soll schon vor Wochen vor sich hingestarrt haben und auffallend eitel geworden sein) plötzlich im Anschluß an einen leichten Unfall erkrankte. Am Tage des Unfalls und am nächsten Morgen hat er noch richtig gearbeitet, dann traten plötzlich Wahnvorstellungen und Erregungzustände bei ihm auf. Er fürchtete, in der Flasche sei Gift; er meinte, er solle lebendig eingemauert und zerstückelt werden. Er lief nackt im Zimmer umher, griff nach der brennenden Nachtlampe und redete unverständliches Zeug. Aus diesem Grunde erfolgte die Aufnahme in die Kgl. Charité am 6. Okt. 1910. Hier machte Patient über seine Person richtige Angaben und erzählte auch seine Vorgeschichte richtig; dagegen machten sich Wahnvorstellungen bemerkbar: er zog seinen Rock aus, behauptete von einem Briefkouvert, es sei Porzellan und Glas, und redete verworren und inkohärent. Er wolle alles verbrennen, weil er



nicht glauben wollte, daß die Welt rund sei. Die Sinne müßten mechanisch gemacht werden; Teer, Pech und Schwefel.

Auch in den nächsten Tagen redete er unzusammenhängend, stand plötzlich im Bett auf und näßte dann ein und aß nicht, so daß er gefüttert werden mußte. Er wurde allmählich ruhiger, verhielt sich dann auffallend gleichgiltig und apathisch. Die Untersuchung nach *Wassermann* ergab positiven Befund (24. November 1910). Es wurde nunmehr eine Schmierkur eingeleitet; während dieser verhielt sich Patient gleichmäßig teilnahmlos und kümmerte sich nicht um seine Mitpatienten. Es wurde dann Salvarsan injiziert 0,4 intravenös (28. Februar 1911). Das Verhalten des Patienten wurde freier; er fing an, mit seinen Mitpatienten zu sprechen, und nachdem die Salvarsan-Injektion nach einem Monat wiederholt worden war, trat deutliche Besserung ein. Patient zeigte sich nunmehr vollständig und klar. Die Intelligenzprüfung, die anfänglich schlecht ausgefallen war, ergab durchaus normalen Befund. Patient selbst fühlte sich geheilt. Über die Zeit seiner Psychose hat er nur verschwommene und unklare Erinnerungen: er meint, er sei eben verwirrt gewesen; er habe geglaubt, sehr weit von Berlin weg gewesen zu sein und irgendwo gefangen gehalten worden zu sein. Er blieb dabei, sich niemals syphilitisch infiziert zu haben. Patient wurde am 29. März 1911 als gebessert entlassen. Er macht seit 8 Tagen wieder Dienst und fühlt sich vollständig gesund. Ihm wurde eine Unfallrente bewilligt; er wurde als $^2/_3$ erwerbfähig betrachtet.

Vortragender führt aus, daß hier das Zustandbild der Dementia praecox vorgelegen habe. Er müsse aber annehmen, daß es sich nicht um eine Dementia praecox, sondern um eine difuse syphilitische Hirnerkrankung gehandelt habe, die sich derartig lokalisiert habe, daß dasselbe Gebiet, das sonst bei einer Dementia praecox erkrankt ist, hier durch den syphilitischen Prozeß in Mitleidenschaft gezogen worden ist. Der Unfall kommt als auslösendes Moment in Frage. Es ist möglich, daß die Aufregungen des Unfalls (durch Kurzschluß war eine große Stichflamme in der Nähe des Patienten entstanden, wodurch dieser sehr erschrocken war) bei dem schon bestehenden syphilitischen Prozeß in dem nicht mehr leistungfähigen Hirn einen funktionellen Erregungzustand hervorgerufen hatten, der nicht aufgetreten wäre, falls ein ganz gesundes Hirn betroffen worden wäre. Man würde dann den ersten Erregungzustand als ein Gemisch einer funktionellen Psychose (einer Affektpsychose) und einer organischen syphilitischen Psychose unter dem Bilde der Dementia praecox auffassen müssen.

Diskussion. — *Emanuel*-Charlottenburg: Ich schließe mich der Ansicht des Herrn *Forster* an, daß es sich bei dem vorgestellten Falle um eine luische Geistesstörung handelt, und zwar möchte ich glauben, daß hier eine gummöse luische Meningitis ohne besondere Lokalsymptome vorgelegen hat. Für die Diagnose in solchen Fällen scheint mir das Verhalten

der Körpertemperatur sehr häufig von ausschlaggebender Bedeutung zu sein. Ich habe in meinem Vortrag in der letzten Sitzung dieser Gesellschaft darauf hingewiesen, daß bei unbehandelten Fällen von Lues cerebri, speziell bei den gummösen Meningitiden, die Temperaturerhöhungen auf 37,9 bis etwa 38,7 äußerst häufig vorkommen und differentialdiagnostisch von Bedeutung sind. Ich möchte Herrn *Forster* fragen, wie sich in seinem Falle die Temperatur verhalten hat. Auch die prompte Wirkung des Salvarsans in diesem Falle, das ja bei den vaskulären Formen der Lues cerebri in einer großen Zahl der Fälle versagt, scheint mir für einen gummösen Prozeß der Meningen zu sprechen. Schließlich paßt ja auch das psychische Verhalten des Kranken vor dem akuten Ausbruch seines Leidens vorzüglich in dieses Krankheitbild hinein.

Placzek-Berlin: Ich glaube mich nicht zu täuschen, daß ich Pat. begutachtet habe, ob vor oder nach Herrn *Forster*, weiß ich nicht genau. Vielleicht hat nun der Herr Vortragende die Güte, sich darüber zu äußern, ob er den Unfall hier tatsächlich als eine wesentlich verschlimmernde oder auslösende Ursache ansieht. Weiter wäre es mir wünschenswert zu erfahren, ob Salvarsan die *Wassermann*sche Reaktion beeinflußt hat.

Seige-Berlin macht darauf aufmerksam, daß ganz ähnliche Fälle von *Nonne* beschrieben wurden, die ebenfalls auf antiluische Behandlung gut reagierten und als „rauschartig“ bezeichnet wurden. Sie wurden als arteriitische angesprochen.

Forster-Berlin stellt dann einen 1867 geborenen, an Paralysis agitans leidenden Kranken vor. Die klassischen Symptome (Rigidität, Schütteltremor, Bewegungsarmut, Fehlen der Mitbewegungen) beschränkt sich streng auf die rechte Seite. Rechts Babinski +. Lues +. Wassermann in Blut und Lumbalflüssigkeit +. Pleozytose. Die Symptome waren allmählich seit 2 Jahren entstanden. Am 16. Februar Salvarsan 0,6 intravenös. Hierauf deutliche Besserung der Symptome, besonders wesentliche Abnahme des Schüttelns, das zeitweise ganz aufhört, und der Steifigkeit. Vortragender hält es für wahrscheinlich, daß eine symptomatologische, auf luischer Erkrankung (wahrscheinlich der subthalamischen Region) beruhende Paralysis agitans vorliegt.

Emanuel-Charlottenburg: Demonstration.

Ich erlaube mir, Ihnen hier das Präparat eines Tumor cerebri zu demonstrieren, der wegen der ausgedehnten Trepanation, die er durch Usurierung des darüber befindlichen Schädeldaches herbeigeführt hat, Ihr Interesse erregen dürfte. Sie sehen hier ein fünfmarkstückgroßes Loch in der Knochensubstanz des linken os parietale und gleichzeitigen Schwund des Periosts in dieser Ausdehnung.

Die Kranke, von der das Präparat stammt, kam 3 Tage vor dem Exitus in die Edelsche Anstalt. Seit Jahresfrist war die Patientin in verschiedenen Krankenanstalten in Behandlung, nachdem etwa vor



1½ Jahren eine Mammaamputation wegen Karzinom gemacht worden war. Trotz dieser Anamnese konnte man sich, wie mir berichtet wurde, wegen der geringfügigen Beschwerden stets nur zu der Diagnose einer funktionellen Erkrankung entschließen, die auch ein namhafter Neurologe bestätigt haben soll. Genauere Einzelheiten über die früheren Befunde fehlen mir zurzeit noch. Als die Kranke in sehr desolatem Zustande zu uns kam, konnte allerdings die Diagnose Tumor cerebri mit genauer Lokalisation bald gestellt werden. Eine motorische Aura in den Fingern der rechten Hand leitete schwere tonisch-klonische Krämpfe ein, die sich auf die ganze rechte Oberextremität und den rechten unteren Fazialis verbreiteten. Dabei war der Kopf extrem nach links gedreht: die Kranke sah ihren Herd an. Infolge dieser Kopflage entging auch der erhebliche Schädelknochendefekt, der sicher durch Palpation hätte festgestellt werden können. der Untersuchung. Natürlich war es auch nicht mehr möglich in diesem Zustand den Augenhintergrund zu untersuchen. Die Sektion bestätigte die Lokaldiagnose: „Tumor der linken hinteren Zentralwindung". Sie sehen hier diesen erheblichen von der Dura ausgehenden pilzförmigen Tumor, dessen mikroskopische Untersuchung, wie Sie aus den ausgestellten Präparaten ohne weiteres sehen werden, die Diagnose Karzinom ergiebt. Außer diesem Tumor ergab die Sektion noch das Vorhandensein eines ansehnlichen Tumors der rechten mittleren Schädelgrube, der ebenfalls von der Dura ausgehend den rechten Schläfenlappen weitgehend geschädigt hatte. Daß derartige Tumoren trotz großer Ausdehnung bei Rechtshändern häufig keine markanten Symptome machen, ist ja verständlich, weil wir über die Funktion dieser Hirnteile noch immer nicht genügende Aufklärung besitzen. Daß aber der erstgenannte Tumor, wenn die anamnestischen Mitteilungen stimmen, so lange Zeit keine charakteristischen Erscheinungen gemacht haben soll, läßt sich nur so erklären, daß durch diese ausgedehnte Knochenusurierung frühzeitig eine ausgleichende Trepanation bewerkstelligt wurde.

Rohde-Haus Schönow: Assoziationsvorgänge bei Defektpsychosen.

Vortrag. analysierte allgemein die Befunde, die er bei Assoziationsversuchen erhoben hat, welche er mit im ganzen 50 Geisteskranken der drei Krankheitformen Dementia praecox, Dementia paralytica, Dementia epileptica in der Königlichen Charité angestellt hat. Er brachte bei der allgemeinen Analyse einzelne prägnante Beispiele der Assoziationsformen, die er besonders häufig bei der entsprechenden Krankheitgruppe fand, beschränkte sich aber auf einen allgemeinen Überblick. (Die Arbeit selbst wird ausführlich mit genauer Erörterung der einzelnen Versuchprotokolle demnächst veröffentlicht werden.) *Hans Laehr.*



Kleinere Mitteilungen.

Die Vereinigung katholischer Seelsorger an deutschen Heil- und Pflegeanstalten hält ihre Generalversammlung am 8. August von 9 Uhr vorm. an in der Anstalt am Steinhof-Wien XIII ab. *Familler*-Regensburg wird über einzelne Fragen aus der Pastoral-, *Hübner*-Werneck über die Eigenart der Irrenseelsorge und *Weber*-Deggendorf über Selbstmord und Irresein referieren. Näheres durch Kurat Dr. *Ig. Familler*-Regensburg, Karthaus Prüll.

Der 7. internat. Kongreß für Kriminalanthropologie findet in Köln a. Rh. vom 9. bis 13. Oktober statt. Mit der Versammlung soll eine Ausstellung kriminal-psychologisch wichtiger Gegenstände (Anstaltmodelle und Pläne, Sicherungmaßregeln, Apparate zur Untersuchung Kranker, literarische und sonstige Arbeiten Kranker, Waffen und Ausbruchinstrumente u. dgl.) sowie auch Gegenstände aus dem Gebiet der Polizeiwissenschaft verbunden werden.

I. Referate: 1. Die unbestimmte Verurteilung (*Tyrén*-Lund, *Graf v. Gleipach*-Prag, *Vambéry*-Budapest); 2. Einfluß von Anlage und Milieu auf das Verbrechen (*Garofalo*-Venedig); 3. Morphologie und Psychologie der primitiven Menschenrassen (*Klaatsch*-Breslau); 4 a. Der gegenwärtige Stand der Kriminalpsychologie (*Sommer*-Gießen, *Mittermaier*-Gießen); 4 b. Die Beurteilung der morphologischen Abnormitäten, bes. am Schädel, im Hinblick auf die gerichtliche Begutachtung (*Carrara*-Turin); 5. Begutachtung der sog. vermindert Zurechnungfähigen (*von Engelen*-Zutphen, *Kahl*-Berlin); 6. Gefängniswesen (*Gonne*-Brüssel, *Rickl von Bellye*-Budapest; 7. Unterbringung der gefährlichen Geisteskranken (*Saporito*-Aversa, *Kéraval*-Paris). — II. Nachruf auf *Lombroso* (*Kurella*-Bonn). — III. Vorträge: 1. *Reichardt*-Würzburg: Über normale und abnorme Schädelformen sowie über einige Aufgaben der wissenschaftlichen Kephalometrie; 2. *Zuccarelli*-Neapel: Il teschio preistorico della grotta Romanelli e confronto di alcune sue note d'inferiorità con quelle di crani di criminali e degenerati attuali; 3. *Sándor*-Budapest: Das ungarische System der staatlichen Fürsorge für verkommene Kinder; 4. *A. Maric*

und *Mac Auliffe*-Paris: Les types morphologiques humains; 5. *Evensen*-Trondhjem: Die Sicherungmaßnahmen gegen gemeingefährliche periodisch Irre mit freien Intervallen; 6. *Ottolenghi*-Rom: a) Antropologia criminale e Polizia; b) La selezione antropopsicologica nell' ambiente militare; 7. *Kinberg*-Stockholm: Über obligatorische gerichtlich-psychiatrische Untersuchung gewisser Kategorien Angeklagter; 8. *Taralli*-Aquila d. Abbr.: Impotenz und geschlechtliche Neurasthenie in ihren Beziehungen zur Kriminalität; 9. *De Rykere*-Brüssel: La criminalité des servantes; 10. *Cramer*-Göttingen: Die Fürsorgezöglinge, soweit sie den Psychiater angehen; 11. *Dannemann*-Gießen: Die Entmündigung chronisch Krimineller als Mittel der sozialen Hygiene; 12. *Rosenfeld*-Münster i. W.: Die Frage des Zusammenhangs zwischen Rasse und Verbrechen.

Auskunft in Kongreßangelegenheiten erteilt Prof. *Aschaffenburg*, Köln-Lindenthal, Stadtwaldgürtel 30, in Ausstellungsangelegenheiten Stabsarzt Dr. *Partenheimer* Köln, Psychiatr. Klinik. Anmeldungen zur Teilnahme sind zu richten an Dr. *Brüggelmann*, Köln, Psychiatr. Klinik.

Ein Denkmal für Geh.-Med.-R. Prof. Dr. *Em. Mendel* von Bildhauer P. Becher wurde am 2. Juli im Vorgarten des Krankenhauses zu Pankow feierlich enthüllt.

Am 4. Juli wurde die Hundertjahrfeier der Eröffnung des Sonnensteins bei Pirna in würdiger Weise festlich begangen. Die Glückwünsche des Deutschen Vereins für Psychiatrie überbrachte Geheimrat *Moeli*.

Dem Verein zum Austausch der Anstaltberichte ist die brandenburgische Landesirrenanstalt Teupitz beigetreten.

Personalnachrichten.

Dr. *Herm. Haymann*, bisher Ass.-Arzt an der psychiatr. Klinik zu Freiburg i. B., ist als Hausarzt in Dr. *Binswangers* Kuranstalt Bellevue in Kreuzlingen eingetreten.

Dr. *Ew. Stier*, Stabsarzt, Ass.-Arzt d. Poliklinik f. Nervenkranke in Berlin, hat sich als Privatdozent habilitiert.

Dr. *Georg Ilberg*, Dir. des Sonnensteins, ist Ober-med.-Rat,

Dr. *Rich. Neuendorff*, Dir. der Anstalt Bernburg, Geh. Med.-Rat geworden.

Dr. *Carl Pelman*, Prof., Geh. Med.-Rat in Bonn, hat den Kronenorden 2. Kl.,

Dr. *Eug. Pönsgen*, San.-Rat in Nassau, den Roten Adlerorden 4. Kl. erhalten.



Die psychischen Störungen bei Stirnhirntumoren und die Beziehungen des Stirnhirns zur Psyche.[1])

Von

Assistenzarzt Dr. **Max Serog**.

(Mit 2 Abbildungen.)

Im folgenden sollen drei Fälle von Tumoren des Stirnhirns mitgeteilt, im Anschluß daran die psychischen Störungen bei Stirnhirntumoren besprochen und sodann die Frage der Beziehungen des Stirnhirns zur Psyche überhaupt erörtert werden.

Es folgt hier zunächst die Mitteilung der drei von uns beobachteten Fälle.

Fall I. (Anna K.) Anamnese (vom Manne erhoben): Ein Bruder „nervös", sonst Familienanamnese o. B. Vor vielen Jahren Sturz auf die r. Stirn. Sonst stets gesund. Ziemlich starker Potus. Seit zwei Jahren heftige Stirnkopfschmerzen, immer prämenstruell, mehrere Tage dauernd, Übelkeit, aber nie Erbrechen, Flimmern vor den Augen. Seit der gleichen Zeit auch Anfälle; merkte sie meist vorher, wurde schwindelig, verlor das Bewußtsein, fiel um, wurde steif, schlug mit den Händen um sich, sah blaß aus, Schaum vor dem Mund, Zungenbiß, gelegentliches Einnässen. Anfälle dauerten etwa ½ Stunde, traten oft nach Aufregungen oder Alkoholexzessen auf. Nach den Anfällen mehrere Stunden verwirrt, nachher Amnesie. Bei einem solchen Anfall im Frühjahr 1905 war das Gesicht verzogen, beide Bulbi nach einer Seite verdreht, die gesamte Muskulatur wurde, ausgehend von der der Hände, bretthart. Nach dem Anfall tiefer Schlaf, nach dem Erwachen linkseitige Hemiplegie mit einer geringgradigen Sprachstörung, die schon nach wenigen Tagen verschwand; die Hemiplegie ging nach 14 Tagen wieder zurück. In letzter Zeit auch

[1]) Aus der Psychiatrischen und Nervenklinik in Greifswald. — Der zweite Teil dieser Arbeit wurde als Vortrag in der Versammlung der pommerschen Vereinigung für Neurologie und Psychiatrie am 17. Februar in Stettin gehalten.



psychisch verändert, vergaß, was ihr gesagt wurde, sagte oft was anderes, als sie meinte, beging verkehrte Handlungen, räumte alle Kisten aus. Schon bei ihrem Aufenthalt in der inneren Klinik in Greifswald (1.—15. 10. 1906) fiel ihr eigentümliches Benehmen auf. Sie schlief damals viel, war „garnicht zu erwecken". Es wurden damals festgestellt: Linkseitige Facialisschwäche, Zurückbleiben des r. Bulbus beim Blick nach r., doppelseitige Stauungpapille, links hochgradiger als r., beiderseitige Steigerung der Patellarreflexe, l. Fußklonus, taumelnder Gang, Neigung nach rechts zu fallen. Der Zustand besserte sich dann, sie wurde klarer, die anfänglich heftigen Kopfschmerzen wurden geringer, sie konnte ohne Schwanken aufstehen, auch wieder gehen. Vom 10. bis 22. 10. 1907 war sie in der Kgl. Charité in Berlin. Dortiger Befund: Leichte Fazialisschwäche l., spastische Parese und starker, grobschlägiger Tremor des linken Armes, auch am linken Bein leichte Hypertonie und Herabsetzung der groben Kraft. Beim Gehen Neigung nach rechts, beim Stehen Neigung nach hinten zu fallen. Auch im psychischen Verhalten auffallend: Will eine Extrawärterin haben, überschätzt ihre Verhältnisse. Hört (bei den Anfällen) auch Stimmen: „Da kommen sie, da kommen sie, sie wollen mich holen, schwarze Männer". Im weiteren Verlauf bekam Pat. noch Blasen- und Stuhlbeschwerden, namentlich in Form eines ständigen sehr quälenden Dranges. Wenn sie ihrem Verlangen entsprechend auf den Nachtstuhl geführt wurde, erfolgte in der Regel hier nichts, dagegen ging die Entleerung sofort mit unwiderstehlicher Gewalt vor sich, sobald Pat. sich wieder erhoben hatte und stand. In den letzten Tagen ferner ängstliche Unruhe, hypochondrische Klagen, absonderliche Wünsche: man solle z. B. ihre ortsabwesende Tochter mal eben herbeirufen. Aufnahme in die hiesige Klinik am 31. 12. 1907.

Befund. Große korpulente Frau von etwas kongestioniertem Aussehen. Auf der rechten Stirnhälfte eine größere halbkreisförmige, darüber eine kleinere strichförmige Narbe (von dem früheren Fall herrührend). Puls: beschleunigt (126), aber kräftig und regelmäßig. Herz: Grenzen normal, Töne rein, zweiter Aortaton akzentuiert. Über der rechten Lungenspitze Dämpfung, verschärftes Inspirium und lautes, hauchendes Exspirium.

Neurologisch: Schädel: Koronarnaht beiderseits tief eingesunken, r. aber stärker als l. Keine Druck- oder Klopfempfindlichkeit des Schädels. Pupillen: über mittelweit, rund, gleich, reagieren prompt auf L. und C. Cornealreflexe beiderseits vorhanden. Beim Blick nach r. Zurückbleiben des r. Bulbus und Doppelbilder, kein Nystagmus. Doppelseitige weiße Atrophie der Papillen, links besonders stark. Hochgradige Amblyopie bdsts., l. mehr als r. Links von der Mittellinie ihr vorgehaltene Gegenstände gibt Pat. an nicht zu sehen (linkseitige homonyme Hemianopsie? Exakte Untersuchung nicht möglich). Geringe Schwäche des l. unteren Fazialis. Geringes Abweichen der herausgestreckten Zunge



nach l. Beweglichkeit frei, Gehör: bdsts. normal. Gaumensegel: hebt sich bei der Phonation bdsts. gleichmäßig. Sprache: o. B. Bauchdeckenreflexe: bdsts. nicht auslösbar (schlaffe Bauchdecken!) Starker Opistotonus. Linker Arm in typischer Beuge-Pronation-Kontraktur, Haut desselben leicht zyanotisch verfärbt, etwas kühler als r. Parese des ganzen l. Armes, nur strecken, beugen und spreizen der Finger möglich, aber auch das langsamer, mühsamer und weniger ausgiebig als auf der anderen Seite, dabei lebhafte Mitbewegungen in der Muskulatur des r. Armes. Sehnen- und Periostreflexe an deu Armen lebhaft, symmetrisch. Keine Ataxie auch am r. Arm. Geringe Parese des l. Beines, das l. Bein ist im Hüft- und Kniegelenk gestreckt, der l. Fuß in exzessiver Equino-Varusstellung. Spasmen. Patellarreflexe an beiden Beinen sehr gesteigert, l. mehr als r. Achillessehnenreflexe bdsts. lebhaft, bdsts. Fußklonus, bdsts. Babinski, die l. große Zehe oft auch spontan in Extensionstellung. *Oppenheim* bdsts. zweifelhaft. Keine Ataxie am l., dagegen sehr ausgesprochene Ataxie am r. Bein. Stehen und Gehen allein nicht möglich. Beim Gehen Schleppen beider Beine, l. leichte Zirkumduktion. Keine Neigung nach einer bestimmten Seite zu fallen. Temperatur der Haut l. etwas geringer als r. Sensibilität wegen des psychischen Zustandes nicht exakt zu prüfen, Nadelstiche werden jedenfalls überall prompt empfunden, es scheint eine leichte Hypalgesie der l. Körperhälfte zu bestehen. Prüfung des stereognostischen Sinnes ergibt bdsts. keinen Ausfall. Die Kranke ist bestrebt, vorgehaltene Gegenstände stets durch Betastung oder das Gehör zu erkennen: (Schlüssel gezeigt) „Streichholzschachtel" (als damit geklappert wird): „Nein, es sind Schlüssel". — (Taschenuhr): betrachtet sie ratlos, erklärt, so etwas noch nie gesehen zu haben. Als ihr die Uhr vors Ohr gehalten wird, prompt: „eine Uhr ists". — (Bürste): optisch nihil, nach Betasten prompt: „Bürste". — (Weißes Papier): optisch nihil, nach Betasten prompt: „Papier". — (Wandthermometer): optisch nihil, nach Betasten prompt: „Lineal". Nennt einen roten Bleistiftstrich blau, einen braunen grün, einen blauen rot, einen grünen ebenfalls rot.

Psychisch: Örtlich und zeitlich im allgemeinen orientiert, gewisse gemütliche Abstumpfung, außer flüchtigen Zornaffekten keine tiefere Regung irgend welcher Art. Für den Zweck und die Notwendigkeit der Untersuchung kein Verständnis, wehrt heftig ab, sobald man sie berührt, überhaupt ausgesprochen n e g a t i v i s t i s c h. Ruft nach Arzt und Pflegerinnen, man solle ihr aufs Kloset helfen, sie müsse „pinkeln". So oft ihr willfahrt wird, erfolgt auf dem Kloset nichts, dagegen sobald sie wieder aufgestanden ist, in der vom Mann beschriebenen Art. Sobald sie wieder im Bett ist, wiederholt sie sofort stereotyp ihre Bitte.

1. 1. Incontinentia urinae et alvi. Verweigert die Nahrung, Nachmittags stark somnolent. Abends sehr unruhig, reibt in schamloser Weise an den Genitalien, ruft fortwährend: „Hilfe, Feuer, ich muß pinkeln!"



2. 1. Strabismus beim Blick nach r. ganz verschwunden, sieht bei dieser Blickrichtung heut alles einfach. Wird mittags merkwürdig schlaftrunken.

3. 1. Neurologisch keine Änderung. Verfällt morgens in einen merkwürdigen Sopor, aus dem sie nur durch starke Reize (Nadelstiche, lautes Anrufen) zu einer kurzen Reaktivbewegung zu bringen ist. Gegen Mittag eigentümliche Dyspnoe, schlägt oft die Augen auf, sagt zur Pflegerin: „Ich muß ersticken", faßt sich auch oft an den Hals, murmelt unverständ-

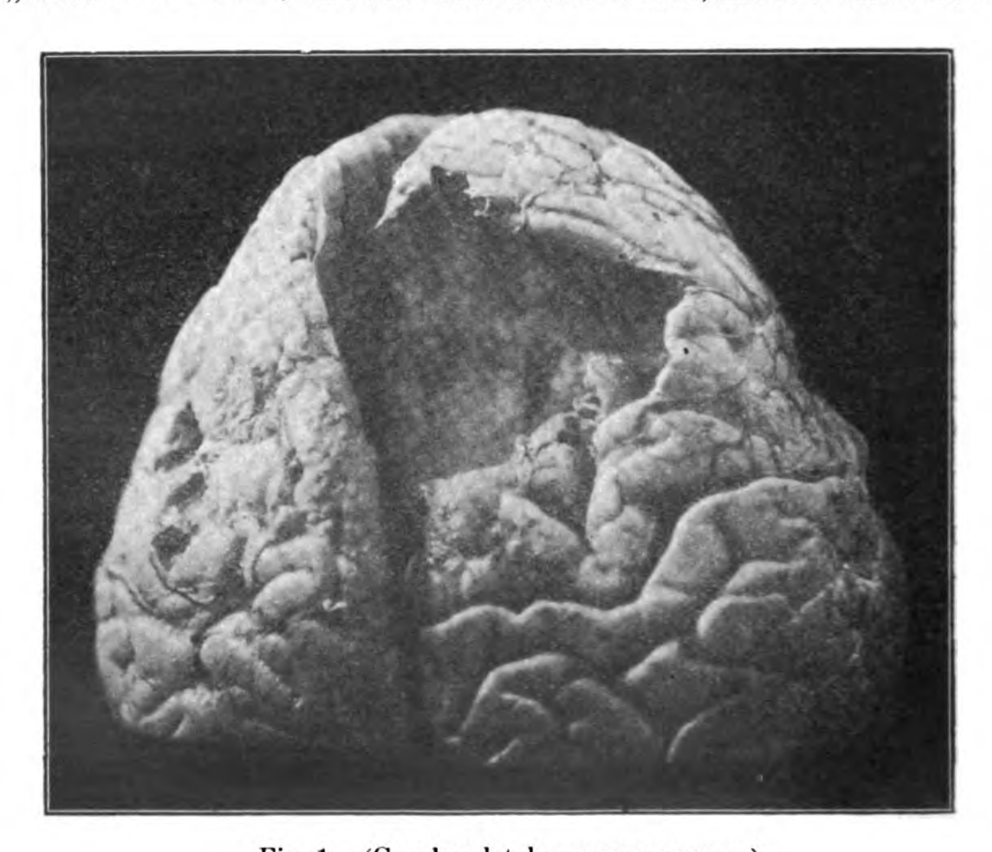


Fig. 1. (Geschwulst herausgenommen.)

lich. Gegen Abend ganz plötzlich eintretender comatöser Zustand: keine Reaktion, auch nicht auf Nadelstiche, Hornhautreflexe und Sehnenreflexe erloschen, langes pfeifendes Inspirium mit Anspannung sämtlicher Brust- und Bauchmuskeln, kurzes, explosionartiges Exspirium, Respiration stark beschleunigt, aber regelmäßig. Auskultation der Lungen: o. B. Puls: 129, sehr kräftig und regelmäßig. Bulbi parallel geradeaus gerichtet, die r. Pupille ist maximal erweitert und in vertikaler Richtung oval verzogen. Links Miosis. Lichtreaktion fehlt bdsts. Deutliche Ptosis r. Nach zwei Kampher- und einer Ätherspritze fängt Pat. nach etwa einer Viertelstunde an, leichte Willkürbewegungen auszuführen. Kurz darauf, als sie aufgesetzt wird, plötzliches Aufhören des Zustandes. Pupillendifferenz fast

verschwunden, beide wieder über mittelweit, die r. allerdings jetzt dauernd etwas weiter als die l., beide rund, reagieren wieder auf Licht, aber weniger ergiebig wie früher. Reflexe wieder auslösbar, aber weniger lebhaft als vorher. Kann nicht schlucken.

5. 1. Schläft Tag und Nacht, der Sopor wird immer tiefer. Führt dabei zeitweise dissoziierte Bewegungen in der Luft mit dem r. Arm und Bein aus, verzieht oft den Mund, um zu sprechen. Stark beschleunigte Respiration. Puls andauernd beschleunigt, aber kräftig und regelmäßig.

6. 1. Exitus unter den Erscheinungen der Respirationslähmung. Puls bis zuletzt kräftig und regelmäßig, überdauert den Respirationstillstand noch eine ganze Zeit lang.



Fig. 2.

Die Sektion ergab eine die Gegend der ersten und zweiten Stirnwindung rechts einnehmende, bis tief in das Mark reichende, von der Umgebung scharf abgegrenzte und leicht ausschälbare Geschwulst, die einen nach oben abgeflachten, nach unten deutlich gewölbten, reichlich gänseeigroßen Knollen darstellt. Der vordere Rand der Geschwulst ist vom Stirnpol noch etwa 4 cm entfernt. Die Zentralwindungen sind verdrängt und stark abgeplattet, der Gyrus marginal. callos. rechts ragt als ein ganz platt gedrückter, graurosa gefärbter Lappen unter der Geschwulst hervor. Das linke Stirnhirn ist in halbkugeliger Wölbung über die Mittellinie abgedrängt (siehe Fig. 1). Links besteht Hydrocephalus, jedoch ist der linke Seitenventrikel nur in seinem hinteren Teil deutlich

erweitert (siehe Fig. 2), wogegen vorn der Seitenventrikel einen ganz schmalen, nur in ventro-dorsaler Richtung lang ausgezogenen Spalt bildet.

Fall 2. Fritz P. Anamnese (von der Frau erhoben). Familienanamnese o. B. Früher angeblich stets gesund. Seit Weihnachten 1909 Klagen über Schmerzen im Hinterkopf. Gedächtnis wurde schlechter, klagte, daß er „so weit fort sei mit seinen Gedanken". Sah seinen längst verstorbenen Vater, glaubte, er wolle die Pferde füttern, meinte, sein Sohn, der in Berlin wohnt, stände an seinem Bett. Auch Klagen über Magenbeschwerden, Appetitlosigkeit, Übelkeit, doch kein Erbrechen. Seit 14 Tagen Kopfschmerzen besonders stark, auch in der Stirngegend. Wurde wiederholt taumelig, fiel hin, war 4—5 Minuten besinnunglos, keine Zuckungen in den Extremitäten. Sah doppelt (Bilder nebeneinander). Zuletzt auch Bettnässen. In letzter Zeit an Gewicht sehr zurückgegangen, stark ergraut. Aufnahme in die Klinik am 14. 4. 1910.

Befund. Mittelgroßer Mann in mäßig gutem Ernährungzustande. Innere Organe o. B. Neurologisch: Schädel angeblich weder druck- noch klopfempfindlich, Pupillen nicht völlig kreisrund, rechte kleiner als die linke, reagieren auf Konvergenz gut, auf Licht etwas träge. Augenbewegung frei, kein Nystagmus. Kornealreflexe bdsts. vorhanden. Bdsts. beginnende Stauungpapille. Facialis o. B. Zunge gerade ohne stärkeres Zittern herausgestreckt, Gehör bdsts. normal, ebenso Geruch und Geschmack. Bauchdeckenreflexe r. schwächer als l. Patellarreflexe bdsts. vorhanden, Fußklonus r. stärker als l., aber bdsts. schnell erschöpfbar. Kein Babinski, kein Oppenheim, keine Ataxie bei Zielbewegungen, kein deutlicher Romberg. Gang etwas unsicher, die Unsicherheit tritt zeitweise deutlicher hervor und steigert sich bis zum Taumeln. Grobe Kraft, aktive und passive Beweglichkeit der Extremitäten o. B. Keine aphasischen, keine apraktischen Störungen, auch keine solchen des stereognostischen Sinnes. Incontinentia urinae.

Lumbalpunktion ergibt: Druck stark erhöht (über 300 mm), Flüssigkeit klar, Zellen vermehrt. Psychisch: leicht benommen, dazwischen zeitweise freier, zeitlich und örtlich gut orientiert; weiß, daß er krank ist, ist aber nicht weiter traurig darüber. Keine Sinnestäuschungen oder Wahnideen nachweisbar. Die Fragen aus der Geschichte und Geographie beantwortet er seinen Verhältnissen entsprechend, bei den Urteilsfragen gibt er gute Auskunft. Eine kleine einfache Fabel kann er nach Sinn und Inhalt richtig wiedergeben. Beim Rechnen macht er häufig Fehler, ermüdet leicht, braucht sehr lange Reaktionzeit. Das Nachsprechen von sechsstelligen Zahlen geht noch leidlich. Ihm zu merken aufgegebene Zahlen vergißt er sehr leicht.

17. 4. Klagt über sehr starke Kopfschmerzen; angeredet, weiß er nicht zu antworten, weiß im ersten Augenblick nicht, wo er sich befindet.



29. 4. Gang deutlich zerebellar-ataktisch, mit der Neigung, nach links zu fallen. Rechte Nasolabialfalte gegenüber der linken etwas verstrichen, Zunge weicht etwas nach links ab. Kopfschmerzen etwas geringer. Dauernd leicht somnolent, beantwortet Fragen aber richtig.

5. 5. Deutliche rechtseitige Parese, r. auch Babinski, Stauungpapille hat zugenommen.

24. 5. Während des Besuchs von Verwandten epileptiformer Anfall von etwa 8 Minuten Dauer: Bewußtseinsverlust, rhythmisches Zucken mit beiden Armen. Weiß abends von dem Besuch seiner Verwandten nichts mehr.

(Datum?) „Was für ein Datum, das ist gar nicht mal zu sehen". — (Tageszeit?) „Na, das geht ja". — (Was gefragt?) Gibt keine Antwort, macht die Augen zu, wie wenn er schliefe. (Sind Sie müde?) „Ja, das geht". — (Schreiben Sie eine 4 in die Luft!) Richtig. (Machen Sie die Bewegung, als ob Sie mir winken!) Schreibt eine 2 in die Luft. (Was gemacht?) „Eine 2". — (Was sollten Sie?) „So tun, als ob ich winkte". — (Besuch gehabt?) „Nein, bin in meiner Wohnung gewesen". — (Was dort getan?) „Nur ein bischen aufgeräumt". — (Wer noch dabei?) „Ich und einer von meinen Schwagern". — (Warum aufgeräumt?) „Es soll heute getanzt werden". — (Wann zurückgekommen?) „So gegen 4 Uhr". — (Wo jetzt hier?) „Das Haus? das weiß ich gar nicht". — (Stadt?) „In Wolgast". — (Wer ich?) „Herr Doktor".

26. 5. Erkennt bei geschlossenen Augen ihm in die Hand gegebene Gegenstände richtig. Keine Apraxie. Anfall mit Benommenheit und leichten Zuckungen im r. Arm, dabei auch l. Babinski. Nachher: (Wie lange hier?) „5 Jahr". — (?) „Ja, 5 Jahre werden es wohl schon her sein". — (Monat?) „Mai". — (Datum?) „Kriegen werde ich es ja auch noch, ob es nun gerade passen wird, weiß ich auch nicht". — (Jahr?) „1900". — (Wer ich?) „Pastor". (Wo gestern?) „Wo Schwarz gewohnt". — (Wo hier?) „Wolgast, heut bin ich hierher gebracht, das stimmt ja". — (Schmerzen?) „Ja, so ein bischen, hier an der Seite", zeigt auf das linke Hinterhaupt. „Wann sollen wir denn da sein im Standesamt?" (Was wollen Sie dort?) „Wir sind doch alle eingeladen, die Glocken läuten, es ist wohl Nachmittagskirche".

27. 5. Zunehmende Benommenheit. Klonische Zuckungen in beiden Armen, r. mehr als l.

28. 5. Exitus.

Die Sektion ergibt eine geringe Vorwölbung der ganzen l. Stirnhirngegend und Abflachung der Gyri dort. Im Mark des r. Stirnhirns findet sich ein ziemlich großer, von der Umgebung nicht scharf abgegrenzter Tumor, dessen hintere Grenze noch etwas vor dem Beginn der inneren Kapsel liegt, und der von dort schräg nach vorn und links herübergeht, sodaß er bis in das Vorderhorn des l. Seitenventrikels hineinreicht und



sich von der Medianseite des Ventrikels her in diesen vorwölbt. Die mikroskopische Untersuchung ergibt ein Gliom.

Fall 3. Emil F. Anamnese (von der Frau erhoben): Früher angeblich stets gesund, verheiratet, 3 gesunde Kinder. Hat früher ziemlich viel getrunken, seit dem Herbst angeblich kaum noch etwas, konnte nichts mehr vertragen. Seit damals überhaupt verändert. Häufig „Anfälle", es wurde ihm übel, er mußte sich niedersetzen, wurde bleich, fiel einmal auch um. Vor 4 Wochen hätten sich die „Augen im Kopfe gedreht". In der letzten Zeit sprach er sehr viel, wurde sehr vergeßlich, auch die Sprache veränderte sich. Seit etwa 2 Monaten begann das Sehen schlechter zu werden. Vor einigen Tagen sprang er plötzlich empor und sah allerlei Gestalten, Kühe, Pferde, fremde Personen, ein kleines Pony, das an sein Bett angebunden war. Seit dem Herbst auch Klagen über starke Stirnkopfschmerzen, die bis zur Mitte des Schädels sich erstreckten. Aufnahme in die Klinik am 2. 4. 1910.

Befund: Untersetzter, kräftiger Mann von gutem Ernährungzustande, aber blasser Gesichtsfarbe. Puls von normaler Frequenz (80), kräftig, regelmäßig, Leber leicht vergrößert, sonst innere Organe o. B. Am r. Ohr alte chronische Cholesteatomeiterung.

Neurologisch: Pupillen: linke leicht verzogen, reagiert direkt nicht auf Licht, aber konsensuell und auf Convergenz, rechte reagiert auf L. und C. gut, l. nahezu Amaurose. Bdsts. Exophthalmus. Augenbewegungen frei, beim Blick nach r. leichter Nystagmus, Cornealreflexe bdsts. vorhanden, beiderseitige Stauungpapille. Mittlerer und unterer Fazialis l. vielleicht etwas schlaffer als r. Prüfung des Geruchs und Geschmacks nicht sicher möglich. Zunge wird kaum zwischen die Zähne gebracht, zittert lebhaft an der Spitze, weicht vielleicht etwas nach r. ab. Bauchdeckenreflexe vorhanden, ebenso Cremasterreflexe. Grobe Kraft in Armen und Händen herabgesetzt, r. schwächer als l. Armreflexe vorhanden, leichter Tremor der Hände, Quinquaud. Keine Herabsetzung der groben Kraft der Beine. Nervenstämme an den Beinen leicht druckempfindlich. Patellarreflexe lebhaft, gleich, ebenso Achillessehnenreflexe, kein Fußklonus. Bei Fuß-Augenschluß kein Schwanken, keine Ataxie in Armen und Beinen. Stehen auf einem Bein etwas unsicher. Gehen bei geschlossenen Augen gut möglich, geht, ohne zu taumeln, hält die Richtung dabei gut inne. Nadelstiche werden überall gefühlt und richtig lokalisiert; feinere Sensibilitätprüfung wegen des psychischen Verhaltens nicht möglich. Keine Störungen des stereognostischen Erkennens; keine Apraxie. Schrift zusammenhanglos, reiht die Worte mit großen Zwischenräumen an einander.

Psychisch: Redet sehr viel, örtlich und zeitlich völlig unorientiert, glaubt sich in einem Hotel, hält Ärzte und Pat. für alte Bekannte. Merkfähigkeit ziemlich stark gestört, schlechtes Rechnen. Gewisse Hemmunglosigkeit, trommelt bei der mit ihm vorgenommenen

Exploration mit den Fingern auf dem Tisch und pfeift dazu, frägt dazwischen: „Kann ich hier rauchen, sind dort in dem Blechkasten Zigarren?" In seinem ganzen Wesen oft etwas Kindlich-Humoristisches. Auffallend euphorisch, klagt dabei aber doch hin und wieder, daß er sich nicht so ganz wohl fühle, daß es bei ihm „im Oberstübchen nicht so ganz richtig" sei. Etwas erschwerte Auffassung, ziemlich ablenkbar, oft leicht dämmernd, Eindruck einer gewissen Bewußtseinstrübung. Weigert sich anfangs, ins Untersuchungzimmer zu gehen, wird dann aber sehr schnell und leicht von der Frau dazu überredet und ziemlich willenlos zu allem Möglichen veranlaßt, beklagt sich nur zaghaft, daß er immer von der Frau zum Stillschweigen veranlaßt würde, wundert sich, was mit ihm alles „angegeben" werde. ist bei allem, was er tut, sehr langsam. Bei der Beantwortung der ihm gestellten Fragen häufig eine eigentümliche, saloppe, seicht-witzelnde Art:

(Wer war Christus?) „Sie scheinen aber auch ne Ahnung davon zu haben". — (?) „Gottes Sohn oder Jesu Bruder". — (Wie gestorben?) „Den haben sie doch totgeschlagen". — (Stimmt doch nicht!) „Ich denk doch, sie haben ihm eins gewischt". — (Bismarck?) „Da hat man auch so was munkeln hören, wo steckt der nur? All unsere großen Minister, Christus und Luther und Bismarck, wo sind die all? Nach ihrem Tode, da warens große Präsidenten". — (Alphabet?) „Nu wirds immer verdrehter", sagt es dann richtig her. — Eine einfache ihm vorerzählte Tierfabel erzählt er richtig nach. (Wie nennt man das?) „So ne Quakelgeschichte, so ne Geschichte aus dem 17. Jahrhundert", lacht dabei.

3. 4. Dauernd euphorisch. Schläft viel. (Wie gehts?) „Man lebt und genießt". — (Gesund?) „Klappt alles". — (Wo hier?) „In Nörenberg". (Warum hier?) „Krank". — (Wo fehlts?) „Im Oberstübchen". — Neurologisch keine Änderung. Kein Romberg. Geht auch bei geschlossenen Augen gerade und ohne von der Richtung abzuweichen.

4. 4. Als er nachmittags körperlich untersucht werden soll, fängt er beim Stehen bei Fuß-Augenschluß plötzlich an, sich nach der rechten Seite zu neigen, geht dann einige Schritte ganz nach der rechten Seite hängend, muß dann gehalten werden, da er wie ein Betrunkener zu taumeln anfängt. Darauf Puls ganz klein, Gesicht kongestioniert, Augen geschlossen, auf Anrufen keine Reaktion, Cheyne-Stokessches Atmen. Als er wieder zum Bewußtsein kommt, ist die Sprache für kurze Zeit verwaschen, kaum verständlich. Wird dann, während er ruhig im Bett liegt, plötzlich schwer komatös, stirbt kurze Zeit später unter den Erscheinungen der Respirationslähmung.

Bei der Sektion zeigt sich das r. Stirnhirn breiter als das l., nach der Fissura longitudinalis zu vorgewölbt. Die Gyri sind r. flach, etwas abgeplattet. Im r. Stirnhirn findet sich ein etwa hühnereigroßer, von der Umgebung nicht scharf abgegrenzter Tumor, der sich bei der mikroskopischen Untersuchung als Gliom erweist.

Wir wollen nun auf die psychischen Störungen bei unseren Fällen näher eingehen. Fassen wir das, was unsere drei Fälle an psychischen Symptomen geboten haben, noch einmal kurz zusammen, so finden wir in Fall 1 (bei Frau Anna K.): Optische Aphasie, Benommenheit, Schlafsucht, gemütliche Abstumpfung, Negativismus, Vergeßlichkeit, nach der Anamnese auch Gehörshalluzinationen (?). Bei Fall 2 (Fritz P.) konnten wir feststellen: Benommenheit, stumpfe Euphorie, örtliche und zeitliche Desorientiertheit, Merkfähigkeitstörungen, Konfabulationen, nach der Anamnese viel Gesichtshalluzinationen. Fall 3 (Emil F.) zeigte ein dem zweiten Fall durchaus ähnliches psychisches Bild; auffallend war hier noch eine gewisse hemmunglose, oft eigentümlich „witzelnde" Art des Pat. Nach der Anamnese sind auch hier, ebenso wie im zweiten Falle viel Gesichtshalluzinationen vorhanden gewesen.

Die optische Aphasie in Fall 1 ist natürlich durch die Stirnhirngeschwulst nicht erklärbar. Man muß annehmen, dap sie eine Folgeerscheinung des linkseitigen Hydrocephalus gewesen ist. Das Zustandekommen dieses Hydrocephalus muß man sich wohl so vorstellen, daß durch die Abdrängung und fast halbkugelige Ausbuchtung der vorderen Partien der l. Hemisphäre eine Kompression des l. Seitenventrikels in seinem vorderen und dadurch dann eine sekundäre Erweiterung in seinem hinteren Teile stattgefunden hat. Warum allerdings in dem einen Falle, wie hier, eine solche hintere Erweiterung des vorn komprimierten Ventrikels, in vielen anderen Fällen dagegen bei Kompression des einen eine Erweiterung des anderen Seitenventrikels stattfindet, läßt sich nicht sagen; denn über die hirnmechanischen Verhältnisse, von denen die Art des Wachstums eines Tumors und die von ihm gesetzten Verdrängungserscheinungen abhängen, wissen wir noch kaum etwas.

Noch schwieriger ist es für das Hervortreten der Gesichtshalluzinationen in unseren Fällen eine Erklärung zu geben [1]). Halluzinationen überhaupt sind bei Stirnhirntumoren nach *Schuster* [2]) nur sehr selten. Immerhin fällt auf, daß auch nach der Statistik von *Schuster* unter den Halluzinationen bei Stirnhirntumoren die des

[1]) Alkoholmißbrauch, woran zu denken wäre, lag in Fall 2 überhaupt nicht, in Fall 3 seit mehreren Monaten nicht mehr vor.

[2]) *Schuster*, Psychische Störungen bei Hirntumoren, Stuttgart 1902.



Gesichts an erster Stelle stehen. Allerdings sind die Zahlen, um die es sich handelt, so klein, daß man, wie *Schuster* selbst sagt, irgend welche Schlüsse daraus nicht ziehen könne. Auch *Pfeifer*[1]) hat einmal (unter 13 Fällen von Stirnhirntumor) Gesichtshalluzinationen beobachtet. Er erklärt ihr Auftreten damit, daß er sie als nach der Okzipitalrinde fortgeleiteten Reiz infolge des Drucks auf den N. opticus auffaßt. Es mag dahingestellt bleiben, ob diese Deutung in dem *Pfeifer*schen Falle zutrifft. Für unsere und jedenfalls für alle die anderen derartigen Fälle dürfte das aber wohl kaum der Fall sein. Will man versuchen, für die in unseren Fällen vorhandenen Gesichtshalluzinationen eine Erklärung zu geben, so muß man sich zunächst fragen, wie überhaupt Gesichtshalluzinationen zustande kommen können, und inwieweit wir in ihnen ein lokalisierbares, psychisches Reizsymptom erblicken dürfen. Daß sie von der Rinde des Hinterhauptlappens aus ausgelöst werden können, ist bekannt und oft beobachtet. Daß sie nicht stets und ausschließlich von dort ausgelöst werden müssen, ist schon deshalb wahrscheinlich, weil wir ein besonderes Hervortreten von Gesichtshalluzinationen auch bei Erkrankungen — z. B. dem delirium tremens — finden, bei denen eine so scharf umschriebene, besondere Schädigung gerade dieser Teile nicht anzunehmen ist. Wie *v. Monakow*[2]) betont, brauchen „die Felder, von denen aus gewisse krankhafte Symptome erzeugt werden können, unter keinen Umständen zusammenzufallen mit denjenigen Hirnabschnitten, in denen die gestörten Funktionen sich in der Hauptsache abspielen". Wir kennen aber nach *Monakow* die „klinische" Sehsphäre noch nicht vollständig, die „eigentlich physiologische" vorläufig überhaupt noch nicht. Dazu kommt folgendes: Die Annahme, daß das Gebiet, von dem aus Gesichtshalluzinationen, also Reizerscheinungen, ausgelöst werden können, ein weiteres ist, als das, von dem aus die entsprechenden Ausfallerscheinuugen zustande kommen, hat nichts Unwahrscheinliches, wenn man sich vergegenwärtigt, daß Reizsymptome auch sonst eine größere Ausbreitung zeigen als die entsprechenden Lähmungsymptome. (Wie z. B. ein

[1]) *Pfeifer*, Psychische Störungen bei Hirntumoren. Arch. f. Psych., Bd. 47, Heft 2.

[2]) *v. Monakow*, Gehirnpathologie, S. 325.



Tumor in den Zentralwindungen, der später nur eine Lähmung weniger Muskelgruppen, vielleicht des einen Armes setzt, in seinem Beginn *Jackson*-Anfälle einer ganzen Körperseite macht.)

Die vorstehenden Ausführungen zeigen also, daß das Auftreten von Gesichtshalluzinationen nicht unter allen Umständen eine direkte Affektion des Hinterhauptlappens zur Voraussetzung hat. Ob es nun allerdings möglich ist, das Auftreten von Gesichtshalluzinationen nur durch eine, selbst ausgedehntere Schädigung des Stirnhirns und der von hier verlaufenden Bahnen zu erklären — man hätte wohl hier vor allem an die das Stirnhirn mit dem Hinterhauptlappen verbindenden Fasern (Fasciculus fronto-occipitalis *Déjérine*, *Edinger*)[1]), vielleicht auch die vielfachen Verbindungen des Stirnhirns mit den Sehhügeln (*Anton-Zingerle*)[2]) zu denken — darüber läßt sich natürlich noch durchaus nichts sagen.

Gehen wir nun zur Betrachtung der psychischen Allgemeinsymptome unserer Patienten über, so finden wir bei allen eine gewisse Benommenheit, die an Intensität sehr stark und oft in kurzer Zeit wechselt; bald war nur eine leichte Somnolenz vorhanden, bald Schlafsucht und soporöse Zustände. Daß Bewußtseinstrübungen, vor allem die Benommenheit in ihren verschiedenen Graden, das wesentlichste und charakteristischste psychische Symptom des Hirntumors darstellen, ist ja seit langem bekannt und oft betont worden.

In unserem zweiten und dritten Fall finden wir dann sehr ausgesprochen den *Korsakoff*schen Symptomenkomplex. Auch dieser ist ja im Grunde nur der Ausdruck einer bestehenden Bewußtseinstrübung und daher sein häufigeres Auftreten bei Hirntumoren eigentlich schon von vornherein zu erwarten. In der Tat scheint diese Art der psychischen Störung bei Hirntumoren überhaupt recht häufig zu sein. In letzter Zeit hat darauf besonders *Pfeifer*[3]) hingewiesen. *Pfeifer* kommt auf Grund zahlreicher Beobachtungen zu dem Schluß, es

[1]) Ob ein Fronto-occipitales Assoziationsbündel wirklich existiert, ist nicht sicher, seine Existenz wird z. B. von *Schröder* bestritten (das fronto-occipitale Assoziationsbündel, Monatsschr. f. Psych. und Neurol., Bd. 9).

[2]) *Anton* u. *Zingerle*, Bau, Leistung und Erkrankung des menschlichen Stirnhirns, Graz 1902.

[3]) *Pfeifer* l. c. S. 176.



stehe „unter allen ausgesprochenen Krankheitbildern bei Hirntumoren der *Korsakoff*sche Symptomenkomplex weitaus im Vordergrund". Wie *Pfeifer* ausdrücklich betont, konnte er das häufige Auftreten dieser Störung bei Tumoren jeglichen Sitzes beobachten. Der *Korsakoff*sche Symptomenkomplex ist also, ebenso wie die Benommenheit, als Allgemeinsymptom des Tumors aufzufassen. Für diese Auffassung spricht u. a. auch, daß wir bei einer derartigen Allgemeinschädigung des Gehirns, wie sie die commotio cerebri darstellt, den genannten Symptomenkomplex als typisch wiederfinden.

So sicher wir nun auch in diesen psychischen Symptomen der Bewußtseinstrübung und des *Korsakoff*s Allgemeinerscheinungen des Tumors zu sehen haben, so unklar ist noch die Frage, wie diese Allgemeinsymptome zu stande kommen. Früher war man allgemein der Ansicht, daß die Benommenheit bei Hirntumoren nur eine Folge der Steigerung des Hirndrucks sei. Später hat man gegen diese Annahme, die psychischen Allgemeinerscheinungen ausschließlich als Folge des gesteigerten Hirndrucks anzusehen, Bedenken erhoben. Man hat hier vor allem die Tumoren der hinteren Schädelgrube angeführt, die besonders häufig starke Hirndruckerscheinungen, und dabei doch nur selten ausgesprochene psychische Störungen zeigen [1]). So kam man dazu, noch nach anderen außer dem Hirndruck als wesentlich in Betracht kommenden Momenten zu suchen und als solches eine „toxische" Wirkung des Tumors auf die Hirnrinde anzunehmen [2]). Irgend welche Tatsachen aber, die diese Erklärung wahrscheinlich machen, existieren nicht. Die Annahme einer toxischen Wirkung von Hirngeschwülsten auf die Hirnrinde ist schon deshalb unwahrscheinlich, weil dann doch auch bei andersartigem als zerebralem Sitze der Geschwulst öfters eine solche Wirkung und also sekundäre psychische Störungen zu erwarten wären, was bekanntlich nicht oder nur äußerst selten der Fall ist [3]). Außerdem wäre bei der Richtigkeit dieser An-

[1]) Vgl. *Vorkastner,* Beitrag zur Diagnostik der Hirntumoren im höheren Lebensalter. S. 19 Charitéannalen, 33. Jahrgang.

[2]) *Dupré* et *Devaux,* Tumeurs cerebr. Nouvell. iconogr. de la Salpetr. 1901, S. 773.

[3]) Allerdings finden sich ja auch psychische Störungen bei Carcinomen mitunter, aber gewöhnlich wohl erst da, wo schon eine gewisse Kachexie vorhanden ist, sodaß es in diesen Fällen vielleicht näher liegen dürfte, die psychischen Störungen auf diese zu beziehen.



nahme wohl auch zu erwarten, daß die Art der Geschwulst für das Zustandekommen der psychischen Allgemeinerscheinungen eine viel größere Rolle spielt, als das offenbar in Wirklichkeit der Fall ist, indem sich deutliche Unterschiede in dieser Beziehung zwischen den verschiedenen Geschwulstarten nicht zeigen [1]). Andererseits spricht für die Abhängigkeit der Störungen vom Hirndruck z. B. die Tatsache, daß in manchen Fällen die psychischen Erscheinungen nach Druckentlastung auch ohne Entfernung des Tumors zurückgehen [2]). Wir werden also daran festhalten müssen, daß jedenfalls der wesentliche Grund für das Zustandekommen der psychischen Allgemeinsymptome beim Hirntumor in der allgemeinen Hirndrucksteigerung und deren mechanischer Wirkung auf die Großhirnrinde liegt. Ob noch andere Momente hier mitwirken, wissen wir nicht; jedenfalls sind sie uns nicht bekannt. Auffallend ist es allerdings, daß es, wie eine Beobachtung *Vorkastners* [3]) beweist, offenbar Fälle von Hirntumoren mit psychischen Störungen gibt, bei denen man weder klinisch noch pathologisch-anatomisch Hirndruckerscheinungen nachweisen kann. Angesichts solcher Fälle ist die Annahme, daß hier noch andere Momente, möglicherweise eben solche toxischer Natur, mit im Spiele sind, natürlich recht naheliegend. Ob aber ein zwingender Grund zu dieser Annahme vorliegt, erscheint immerhin doch noch fraglich. Auch das angeführte Beispiel der Tumoren der hinteren Schädelgrube ist kein zwingender Beweis gegen die Annahme, daß die psychischen Allgemeinerscheinungen bei Hirntumoren nur als Folge des Drucks auf die Großhirnrinde aufzufassen sind. Denn wir kennen ja nur den allgemeinen Hirndruck, wie wir ihn etwa im Lumbaldruck messen. Der Druck speziell auf die Großhirnrinde ist von diesem Allgemeindruck selbstverständlich abhängig, aber nicht mit ihm identisch. Es ist also wohl möglich — besonders, wenn man unsere geringe Kenntnis der im lebenden Gehirn vorliegenden feineren mechanischen Verhältnisse berücksichtigt —, daß vielleicht bei einem Sitz der Geschwulst in der hinteren Schädelgrube der Druck auf die Großhirn-

[1]) Vgl. *Reichardt*, Zur Entstehung des Hirndruckes bei Hirngeschwülsten und anderen Hirnkrankheiten usw. Deutsche Zeitschr. f. Nervenheilk., Bd. 28, 1905, S. 349.

[2]) Vgl. *Schuster* l. c. S. 353.

[3]) *Vorkastner* l. c.



rinde ein unverhältnismäßig kleiner, dagegen bei anderem Sitze der Geschwulst dieser Druck auch bei geringerem Allgemeindruck ein unverhältnismäßig größerer wird. Zudem ist es überhaupt auch noch fraglich, ob zwischen allgemeinem Hirndruck und Erhöhung des Lumbaldruckes eine durchgängige Parallelität besteht. *Reichardt* z. B. kommt auf Grund der von ihm beobachteten Fälle, bei denen z. T. trotz stärksten Hirndrucks ein nennenswerter Hydrozephalus fast völlig fehlte, zu dem Schluß, daß trotz pathologischen Hirndrucks die Resorption des Liquor noch eine völlig ausreichende sein kann, und daß es nicht richtig ist, wenn im allgemeinen abnormer Ansammlung und starker Spannung der Liquorflüssigkeit die Hauptschuld an den allgemeinen Hirndrucksymptomen zugeschrieben wird [1]). *Reichardt*, der seinen Ausführungen den Vergleich zwischen Schädelkapazität und Hirngewicht zugrunde legt, ist überhaupt der Meinung, daß der rein mechanische Vorgang der Raumbeschränkung nicht das einzige und wesentlichste Moment bei Entstehung pathologischen Hirndruckes im Gefolge von Hirntumoren und verwandten Zuständen zu sein braucht. Eine wesentliche Rolle spiele vielmehr dabei vor allem die verschiedene Widerstandfähigkeit des Gehirns gegen länger dauernde pathologische Einwirkungen.

Von weiteren psychischen Symptomen konnten wir bei unseren Fällen auch eine gewisse affektive Abstumpfung beobachten. Allerdings muß man mit der Annahme einer solchen in derartigen Fällen recht vorsichtig sein. Es verhält sich mit dieser affektiven Abstumpfung hier ähnlich wie mit der Demenz: Sie kann eine nur scheinbare, nur durch die Benommenheit vorgetäuschte sein. Und selbst wenn wirklich eine solche affektive Abstumpfung vorhanden ist, läßt sie sich in und während eines Zustandes der Benommenheit so wenig wie eine Demenz nachweisen, da beide eben durch die Benommenheit verdeckt werden.

Wir haben bis jetzt im wesentlichen die sicher als Allgemeinsymptome zu deutenden psychischen Störungen unserer Stirnhirnkranken besprochen. Wir kommen nun zu einem Symptom, in welchem man vielfach ein gerade für das Stirnhirn charakteristisches Lokalsymptom hat sehen wollen: die sogenannte „Witzelsucht“ (*Oppen-*

[1]) *Reichardt l. c.* S. 351.

heim). M. E. ist diese Bezeichnung für das, was in diesen Fällen vorliegt, nicht ganz zutreffend. Unter „Witzeln" versteht man ein Witzemachen à tout prix, sodaß der Witz gewissermaßen an den Haaren herbeigezogen erscheint und so die Wirkung verliert, die sonst in dem Eindruck seiner Selbstverständlichkeit liegt; das, was man die „Pointe" des Witzes nennt, wirkt deshalb hier — im Gegensatz zum wirklich Witzigen — zwar gekünstelt, aber eine solche „Pointe" ist doch jedenfalls auch beim „Witzeln" stets vorhanden. Ganz anders aber ist es bei den hier in Betracht kommenden Fällen. Hier ist von einem wirklichen „Pointieren" wohl meist keine Rede. Die komische Wirkung vieler Äußerungen dieser Kranken liegt im Gegenteil in einer gewissen grob-plumpen Art und Weise, mit der sie sich, euphorisch und hemmunglos, in einer der Situation durchaus unangemessenen Weise benehmen. So etwa, wenn unser Pat. Emil F. während der ärztlichen Exploration pfeift und auf den Tisch trommelt, fragt, ob er jetzt rauchen könne, dem Arzt auf seine Frage zunächst antwortet: „Sie scheinen aber auch ne Ahnung davon zu haben" oder „Nu wirds immer verdrehter"; oder wenn in einem von *Pfeifer* [1]) erwähnten Falle von Stirnhirntumor die Pat. den Arzt häufig mit „Du" anredet und „Schlingel" zu ihm sagt; oder wenn in einem der *Oppenheim*schen Stirnhirntumorfälle der Pat. auf die Frage nach seinem Befinden antwortet: „Na, Herr Doktor, wie solls gehen, den Kopf immer oben, wie gehts ihnen? Immer noch auf zwei Beinen", ein anderer auf die Aufforderung aufzustehen sagt: „Ne, det Verjniegen mache ich ihnen nich", ein dritter bei Beklopfen des Schädels äußert: „Das olle verfluchte Kloppen habe ich auch nicht gern" [2]).

Ein solches Verhalten der Kranken finden wir aber durchaus nicht etwa nur bei Stirnhirntumoren, sondern auch bei ganz andersartigen Erkrankungen, so z. B. oft im Beginne der progressiven Paralyse, im Potatorium und bei der senilen Demenz. *Jastrowitz* [3]), der ja bekanntlich als erster dieses Verhalten als „Moria" beschrieb und in ihm ein für Stirnhirntumoren charakteristisches Symptom er-

[1]) *Pfeifer* l. c. S. 28.

[2]) *Oppenheim*, Zur Pathologie der Großhirngeschwülste. Arch. f. Psych., Bd. 22.

[3]) *Jastrowitz*, Beiträge zur Lokalisation im Großhirn und über deren praktische Verwertung. Dt. med. Wochenschr. 1888, S. 108.

blickte, hat doch selbst bereits auf dieses Vorkommen auch bei solchen allgemeinen Hirnerkrankungen hingewiesen. Offenbar ist es hier nichts anderes als der Ausdruck einer gewissen Hemmunglosigkeit, wie wir sie bei Schwachsinnprozessen nicht selten finden, ebenso aber auch bei Zuständen einer gewissen Bewußtseinstrübung antreffen. Vor allem ist es gerade der *Korsakoff*sche Symptomenkomplex, bei dem wir oft eine „Witzelsucht" konstatieren können. Dementsprechend will auch *Pfeifer* sie nur als ein Symptom des Korsakoff auffassen und aus der Merkfähigkeitstörung erklären [1]); jedenfalls lehnt er, wie es vor ihm sehr entschieden bereits *E. Müller* getan [2]), jede lokaldiagnostische Bedeutung der „Witzelsucht" ab, da sie in seinen Fällen bei Tumoren des verschiedensten Sitzes zu konstatieren war. *Pfeifer* glaubt auf Grund seiner Fälle auch nicht, daß die besondere Größe des Tumors bei ihrem Zustandekommen eine Rolle spielt, wie das *Schuster* [3]) annimmt. Jedenfalls kommt aber auch *Schuster* zu dem Resultat, die Witzelsucht sei „nicht nur bei Stirnhirntumoren zu finden, sondern auch bei Geschwülsten der übrigen Großhirnlappen, der tieferen Großhirnteile und des Kleinhirns". Doch überwiegen, wie *Schuster* hinzufügt, die von den Stirnhirntumoren gelieferten Fälle in einer die durchschnittliche Beteiligung des Stirnhirns bei den Tumoren mit psychischen Störungen noch bedeutend übertreffenden Weise.

Wir müssen nach alledem wohl zu dem Schluß kommen, daß die sogenannte „Witzelsucht" kein spezifisches Symptom des Stirnhirns ist, sondern ein psychisches Allgemeinsymptom, ebenso wie die Benommenheit und der *Korsakoff*sche Symptomenkomplex. Wahrscheinlich stehen diese drei Symptome in gewissen inneren Beziehungen; denn wie der *Korsakoff*sche Symptomenkomplex gewöhnlich mit einer gewissen Bewußtseinstrübung einhergeht, so ist diese möglicherweise häufig die Voraussetzung für das Zustandekommen der „Witzelsucht". Jedenfalls scheint in den meisten Fällen, wo diese vorlag, auch eine Trübung des Sensoriums vorhanden gewesen zu sein. *Jastrowitz* bezeichnet seine Kranken als „halluzinatorisch und anderweitig

[1]) *Pfeifer* l. c. S. 148.

[2]) *E. Müller,* Über psychische Störungen bei Geschwülsten und Verletzungen des Stirnhirns. Dt. Zeitschr. f. Nervenheilk., Bd. 21, S. 193.

[3]) *Schuster* l. c. S. 333.



ziemlich verwirrt“ [1]), *Oppenheim* sagt, daß der Kranke, wenn er angeredet wurde, „aus seinem somnolenten Zustand heraus“ antwortete. *Oppenheim* verdeutlicht die Art dieses Antwortens recht charakteristisch durch den Zusatz: „Etwa wie jemand, der aus einer angenehmen Narkose unvollständig erwacht“ [2]). Gerade für diese Art erscheint aber eben die Bezeichnung „Witzelsucht“ nicht ganz zutreffend. Die oben gegebene Kritik an dieser Bezeichnung mochte vielleicht zunächst als überflüssig und unerheblich erscheinen. M. E. ist diese Kritik aber deshalb notwendig und wesentlich, weil die Bezeichnung „Witzelsucht“, dadurch daß durch sie nicht das Wesentliche des Symptoms herausgehoben wurde, nicht oder doch nicht genügend zum Ausdruck brachte, daß es sich hierbei um ein Defektsymptom handelt, vielmehr sogar umgekehrt den Anschein einer psychischen Mehrleistung erweckt und so auch — wovon weiter unten — zu der Anschauung von einer besonderen Funktion des Stirnhirns in psychischer Beziehung mit beigetragen hat.

Wie wir soeben sahen, findet sich die Witzelsucht meist zusammen mit Benommenheit. Vielleicht ist es gerade der Zustand einer nur l e i c h t e n Benommenheit, der eine besondere Prädisposition für das Auftreten des Symptoms schafft. Auf diese Weise könnte sich vielleicht auch seine anscheinende Häufigkeit bei Stirnhirntumoren erklären lassen. Denn wir wissen, daß bei Frontaltumoren häufig nur solch leichtere Grade von Benommenheit vorliegen, ebenso wie auch die anderen Allgemeinsymptome, Erbrechen und Pulsverlangsamung hier nicht selten fehlen oder nur geringe Intensität erreichen, die Stauungpapille meist nur einseitig vorhanden ist. Vielleicht rührt aber auch die Häufigkeit, in der man die Witzelsucht bei Stirnhirntumoren fand, nur daher, daß man unter dem Eindruck der von autoritativer Seite vertretenen Anschauung der lokaldiagnostischen Verwertbarkeit der Witzelsucht bei Stirnhirntumoren stets nach diesem Symptom suchte und psychische Störungen dort leicht in diesem Sinne zu interpretieren geneigt war [3]), andererseits

---

[1]) *Jastrowitz* l. c. S. 111.

[2]) *Oppenheim* l. c. S. 57.

[3]) Mit Rücksicht darauf, daß die zunächst veröffentlichten Fälle von „Witzelsucht“ gerade aus Berlin stammten, hat man übrigens auch den Berliner Volkscharakter hier zur Erklärung heranzuziehen gesucht.

bei anders lokalisierten Tumoren zu wenig auf derartige psychische Erscheinungen achtete [1]).

Zum Schluß der Besprechung der psychischen Erscheinungen unserer Fälle sei noch kurz auf das Symptom des Negativismus hingewiesen, das unser erster Fall in ausgesprochener Weise bot. Es scheint dies Symptom, wie überhaupt katatonische Erscheinungen — unser Fall bot solche auch noch in der Stereotypie mancher seiner sprachlichen Äußerungen — bei Hirntumoren ziemlich selten zu sein. So gibt *Pfeifer* an, außer drei eigenen von ihm angeführten Fällen nur noch vier Fälle von Hirntumoren mit katatonischen Zustandbildern in der Literatur aufgefunden zu haben [2]); es handelte sich dabei um Tumoren verschiedenen Sitzes. Irgend eine lokalisatorische Bedeutung dürfte demnach auch den katatonischen Erscheinungen, insbesondere dem Symptom des Negativismus, kaum zukommen. Immerhin ist die Tatsache, daß wir es in unserem Falle mit einem Tumor gerade des Stirnhirns zu tun haben, recht interessant im Hinblick auf die Anschauungen von *Kleist* und den von ihm unternommenen Versuch, gewisse katatonische — und zwar die psychomotorischen — Erscheinungen als Funktionstörungen des Kleinhirn-Stirnhirnsystems zu erklären [3]).

Wir haben also die Auffassung, daß irgendwelche psychischen Störungen bei unseren Fällen als Lokalsymptome des Stirnhirns zu betrachten seien, ablehnen müssen, vielmehr gesehen, daß es sich bei diesen Erscheinungen wohl um Allgemeinsymptome des Tumors handelt; in unserem dritten Fall (Emil F.) ist allerdings vielleicht auch der Alkoholismus als ursächliches Moment mit in Rechnung zu ziehen. Selbst nun aber vorausgesetzt, daß es bestimmte für das Stirnhirn charakteristische Störungen bei Stirnhirntumoren überhaupt nicht gibt — eine Frage, auf die weiter unten noch näher eingegangen werden soll, — so könnten doch trotzdem psychische Störungen bei Stirnhirntumoren insofern eine besondere Rolle spielen, als sie hier ent-

[1]) Wir selbst haben das Symptom erst kürzlich bei einem Tumor des rechten Schläfenlappens, der auch ausgesprochenen Korsakoff bot, konstatieren können.

[2]) *Pfeifer* l. c. S. 156.

[3]) *Kleist*, Untersuchungen zur Kenntnis der psychomotorischen Bewegungstörungen bei Geisteskranken. Leipzig 1908.



weder besonders häufig zu finden sind, oder schon besonders früh auftreten. Nach den in der Literatur niedergelegten Beobachtungen scheinen nun ja allerdings psychische Störungen besonders häufig gerade bei Frontaltumoren vorzukommen. *Schuster* findet, daß fast $^4/_5$ aller Stirnlappentumoren psychische Störungen aufweisen, und daß unter den Tumoren mit psychischen Störungen gerade die Frontalhirntumoren die allerhäufigsten sind [1]). Dabei ist aber folgendes zu bedenken: Dadurch daß im Stirnhirn Lokalerscheinungen oft fehlen und so psychische Störungen das einzige Symptom darstellen, wurden diese besonders beachtet und so hier auch leichtere Formen von ihnen schon registriert, die sonst vielleicht übersehen worden wären (*E. Müller*). Da die Lokalsymptome meist gering sind, hat der Tumor auch hier die Möglichkeit, größer zu werden als an anderen Stellen und dadurch sträkere Allgemeinwirkungen zu entfalten [2]). So können gerade hier psychische Allgemeinsymptome das Krankheitbild eröffnen. Damit würde also auch für ein besonders frühzeitiges Auftreten der psychischen Störungen im klinischen Bilde eine Erklärung gegeben sein. Ob aber ein solches frühzeitiges Auftreten von psychischen Störungen wirklich gerade bei Stirnhirntumoren häufig vorkommt, wie es besonders *Gianelli* behauptet hat [3]), ist noch mindestens sehr zweifelhaft, nach den letzten darüber angestellten Untersuchungen sogar nicht wahrscheinlich. So hebt *E. Müller* hervor, daß psychische Störungen als Initialsymptome nicht nur bei Stirnhirntumoren, sondern auch bei solchen anderen Sitzes vorkommen, und auch die von *Pfeifer* angeführten Fälle [4]) sprechen gegen die Richtigkeit der *Gianelli*schen Behauptung.

Wir wollen nun an die Frage herantreten, ob man überhaupt besondere, für das Stirnhirn charakteristische Störungen anzunehmen berechtigt ist. Diese schon früher berührte Frage führt naturgemäß zu der weiteren nach der psychischen Funktion des Stirnhirns überhaupt.

[1]) *Schuster* l. c. S. 304.

[2]) Auch *E. Müller* (Die Beziehungen des Stirnhirns zur Psyche. Ztschr. f. Psych., Bd. 59) weist auf die besondere Größenentwicklung und verhältnismäßig lange Krankheitdauer bei Stirnhirntumoren hin.

[3]) Ref. Neurol. Zentralbl. 1897, S. 1061.

[4]) *Pfeifer* l. c. S. 163.



Man ist von jeher geneigt gewesen, gerade dem Stirnhirn eine besondere Rolle im psychischen Geschehen, vor allem eine besondere Bedeutung für die sogenannten „höheren" psychischen Funktionen zuzuschreiben. In neuerer Zeit konnte diese Ansicht um so eher aufkommen, als wir einerseits die Funktion des Stirnhirns, speziell der vorderen Stirnhirnteile nicht kennen, andererseits aber eine gewisse funktionelle Sonderstellung dieser vorderen Stirnhirnpartien glauben annehmen zu müssen, da wir wissen, daß sie nicht, wie die übrigen Großhirnteile der Auslösung von Bewegungen dienen oder mit der Fortleitung von Erregungen bestimmter Sinnesorgane in Beziehung stehen. Zur Stütze der Auffassung, daß besondere Beziehungen zwischen Stirnhirn und den höheren psychischen Funktionen bestehen, hat man eine Reihe von Tatsachen angeführt, und zwar hauptsächlich die folgenden:

1. Die Größe des Stirnlappens wächst in der Tierreihe mit der Zunahme der Intelligenz. Bei hochstehenden Völkerrassen findet man eine stärkere Entwickelung des Stirnhirns als bei viel tiefer stehenden. Geistig besonders hochstehende Individuen sollen sich durch eine besondere Ausbildung gerade des Stirnhirns auszeichnen.

2. Bei derjenigen Erkrankung, die mit einer besonders weitgehenden Schädigung der Intelligenz einhergeht, der Paralyse, ist oft gerade das Stirnhirn besonders beteiligt.

3. Bei Tieren, denen beiderseitig das Stirnhirn abgetragen wurde, beobachtete man hochgradige intellektuelle Störungen und „Charakterveränderungen" (*Goltz*, *Ferrier*, *Hitzig*, *Bianchi*).

4. Auch beim Menschen fand man bei Erkrankungen — Tumoren und Erweichungen — des Stirnlappens auffallend häufig psychische Störungen.

5. Das Stirnhirn nimmt — wenigstens in seinen vorderen Abschnitten — als „Assoziationszentrum" den meisten übrigen Gehirnpartien gegenüber eine Sonderstellung insofern ein, als es inbezug auf die Myelinisation zu den besonders spät reifenden, den „Terminalgebieten" gehört und durch seinen Mangel an Stabkranzfasern außer direkter Beziehung zu den tieferen Hirnteilen steht (*Flechsig*).

Gegen alle diese hier angeführten Tatsachen sind aber auch Einwände erhoben worden. Was den ersten Punkt angeht, so ist zunächst schon dessen tatsächliche Richtigkeit in Zweifel gezogen worden.

Monakow hat auf den außerordentlich großen Windungsreichtum des Stirnhirns bei den Ungulaten hingewiesen; hieran bereits scheine die Lehre zu scheitern, daß in der Säugetierreihe aufwärts mit der geistigen Entwickelung stetig eine anatomische Vervollkommnung des Frontalhirns parallel gehe [1]). Selbst wenn aber die hier angeführte Tatsache auch vergleichend-anatomisch richtig wäre, so zwingt sie doch nicht zu dem aus ihr gezogenen Schluß. Der Parallelismus zwischen Höhe der Intelligenz und Größe der Stirnlappen kann vielmehr auch in dem Sinne erklärt werden — eine Erklärung, die *Munk* gegeben hat —, daß mit der Zunahme der Intelligenz auch die Beweglichkeit des Rumpfes wächst und daß diese es ist, die in der Entwickelung des Stirnlappens zum Ausdruck kommt [2]).

Bezüglich des zweiten Punktes hat man mit Recht darauf hingewiesen, daß es sich bei der progressiven Paralyse, wenn auch ein starkes Ergriffensein der Frontalhirnrinde häufig hier festzustellen ist, doch um einen durchaus diffusen Prozeß handelt, bei dem gewöhnlich die g a n z e Hirnrinde in Mitleidenschaft gezogen ist.

Auch die Tierexperimente, die für eine besondere psychische Rolle des Stirnhirns zu sprechen scheinen, sind angefochten worden. Den oben angeführten Versuchen stehen andere gegenüber, in denen, selbst nach vollständiger Exstirpation beider Stirnlappen, nachweisbare Intelligenzstörungen nicht vorhanden waren (*Munk*).

Von den vielen Einwänden, die man bezüglich des vierten Punktes erheben muß, haben wir einige bereits im Anschluß an die Besprechung unserer Fälle erörtert. Besonders sei in diesem Zusammenhange noch einmal die schon kurz berührte Tatsache betont, daß ein deutliches Zurückgehen von ausgesprochenen psychischen Symptomen bei Stirnhirntumoren nach Exstirpation des Tumors, ja oft schon nach bloßer Druckentlastung beobachtet worden ist; es kann sich also in diesen Fällen nicht um ein Lokalsymptom des Stirnhirns gehandelt haben. Hier wäre außerdem noch u. a. auf den von *E. Müller* erhobenen Einwand hinzuweisen, daß man, bevor man aus dem Auftreten psychischer Störungen bei Hirntumoren irgendwelche Schlüsse zu ziehen berechtigt ist, zunächst das Vorliegen einer psychopathischen Prä-

[1]) *Monakow* l. c. S. 345.

[2]) Vgl. auch die Ausführungen auf S. 609.



disposition als eigentliche Ursache der psychischen Störung ausschließen muß. Und die Möglichkeit, daß eine solche psychopathische Prädisposition vorliegt, muß man um so mehr in Betracht ziehen, als die psychopathische Disposition sich häufig auf derselben Grundlage entwickelt, wie der Tumor, und zwar auf der Grundlage entweder einer angeborenen, bestimmten zerebralen Veranlagung oder der gleichen, später einwirkenden Schädlichkeit (Lues, Traumen) (*E. Müller*). Nach statistischen Erhebungen [1]) stehen die Stirnhirntumoren gegenüber anderen Tumoren in dieser Beziehung sicher nicht zurück. Auch abgesehen von der Unterschätzung der Rolle der psychopathischen Disposition sind viele der als Beweis für die besondere psychische Bedeutung des Stirnhirns in der Literatur veröffentlichten Fälle auch deshalb nicht als beweisend anzusehen, weil sie den sicheren Ausschluß von Momenten, die diffus das Gehirn schädigen, meist vermissen lassen. Für eine Reihe der hier meist herangezogenen Fälle, insbesondere für die von *Leonore Welt* veröffentlichten [2]), hat *E. Müller* nachgewiesen, daß alle aus diesen Fällen gezogenen Schlüsse unhaltbar und sie für die Entscheidung der Frage nach der psychischen Funktion des Stirnhirns jedenfalls in keiner Weise verwertbar sind [3]). Zu erwähnen ist auch noch, daß zur Entscheidung der vorliegenden Frage wohl gerade die Fälle von Tumoren besonders wenig geeignet sind, weil es sich bei ihnen wohl kaum jemals um eine zirkumskripte, in ihrer Ausdehnung leicht übersehbare Schädigung handelt. Einer der Fälle, bei denen es sich wirklich nur um eine scharf umschriebene Läsion des Stirnhirns handelt, ist der von *Veraguth* und *Cloetta* beobachtete [4]). Gerade hier hat die genaue Beobachtung und eine nach allen Richtungen hin durchgeführte exakte Untersuchung nichts von psychischen Störungen ergeben. Auch noch eine Reihe von anderen Fällen gibt es, wo bei Stirnhirnläsionen keinerlei psychische Störungen beobachtet werden konnten. *Monakow*, der mehrere dieser Fälle

---

[1]) Vgl. *Schuster* l. c. S. 355.

[2]) *Welt*, Charakterveränderungen des Menschen infolge von Läsionen des Stirnhirns. D. Arch. f. klin. Med. Bd. 42, 1888, S. 339.

[3]) *E. Müller*, Über psychische Störungen usw.

[4]) *Veraguth* und *Cloetta*, Klinische und experimentelle Beobachtungen an einem Fall von traumatischer Läsion des rechten Stirnhirns. D. Ztschr. f. Nervenheilkunde Bd. 32.



anführt, kommt denn auch zu dem Schluß, es sei sicher, „daß schwere Schädigungen des Intellekts oder eigentliche Psychosen selbst bei ausgedehnten und beiderseitigen Stirnhirnherden nicht mit Notwendigkeit sich einstellen müssen“ [1]).

Auch den als Stütze für die besondere psychische Rolle des Stirnhirns angeführten *Flechsig*schen Anschauungen hat man widersprochen. So hat *Monakow* auf verschiedene, gegen die *Flechsig*sche Theorie zu erhebende Einwände hingewiesen, unter anderem betont, daß es auch frühreifende Assoziations- und spätreifende Projektionsfasern gibt [2]). Gegen *Flechsig* sprechen auch die Ergebnisse der Untersuchungen von *Anton* und *Zingerle*, die fanden, daß „die Hauptschichten der einzelnen Leitungsysteme im Zentralmarke des Stirnhirns nach demselben Plane angeordnet und vertreten sind, wie in den übrigen Teilen des Großhirns“ [3]). Auch die *Brodmann*schen zytoarchitektonischen Untersuchungen [4]) führten zu einem den Anschauungen von *Flechsig* widersprechenden Resultat, indem sie die Unhaltbarkeit seiner Annahme des einheitlichen Baues sämtlicher „Assoziationszonen“ nachwiesen.

Wir sehen also: die Tatsachen, die die Anschauung beweisen sollten, daß die höheren geistigen Fähigkeiten im Stirnhirn lokalisiert sind, sind als sicherer Beweis dafür nicht ohne weiteres zu verwerten, weil auch da, wo die angeführten Beobachtungen richtig, die daraus gezogenen Schlüsse nicht zwingend sind. Andererseits sprechen verschiedene Beobachtungen direkt gegen die Annahme einer solchen Lokalisation der Intelligenz im Stirnhirn. Man wird diese mithin nicht für wahrscheinlich halten können. Und zu dem gleichen Resultate kommt man auch auf dem Wege allgemein-psychologischer Betrachtungen [5]).

Hier ist zunächst zu betonen, daß dem Versuch einer anatomi-

[1]) *Monakow* a. a. O. S. 791.

[2]) *Monakow* a. a. O. S. 348.

[3]) *Anton* und *Zingerle*, a. a. O. S. 182.

[4]) *Brodmann*, Beiträge zur histologischen Lokalisation der Großhirnrinde. VI. Die Cortexgliederung des Menschen. Journ. f. Psych. u. Neurol. Bd. X, H. 6.

[5]) Die folgenden Ausführungen bewegen sich im wesentlichen auf dem Boden der — in Deutschland am reinsten von *Ziehen* vertretenen — „Assoziationspsychologie“.



schen Lokalisation psychologischer Begriffe stets eine genauere psychologische Analyse dieser Begriffe vorauszugehen hat: Um zu lokalisieren, muß man erst wissen, was lokalisiert werden soll, was überhaupt lokalisiert werden kann. Nun lassen sich die als „Urteilen", „Schließen" usw. bezeichneten sogenannten höheren Denkprozesse auf die einfache Verknüpfung, die „Assoziation" von Vorstellungen zurückführen. Es sind aber bereits die Vorstellungen und die konkreten Begriffe, die also in ihrer mannigfachen Verknüpfung die Grundlagen unseres psychischen Lebens bilden, psychologisch schon recht komplizierte Gebilde, so daß, wie wir heute annehmen, schon zum Zustandekommen etwa einer einfachen Objektvorstellung ganz verschiedene und räumlich getrennte Hirnrindenpartien zusammen in Funktion treten müssen. Das wird um so mehr der Fall, je allgemeiner die betreffende Vorstellung ist; speziell bei der Bildung der „abstrakten Begriffe" spielen stets so zahlreiche Assoziationen und Assoziationskomplexe eine Rolle, daß der entsprechende physiologische Prozeß hier auch räumlich besonders ausgedehnt gedacht werden muß. Es tritt also gerade bei den sogenannten „höheren" geistigen Funktionen mehr oder weniger stets die ganze Großhirnrinde in Funktion, und zwar vermutlich in um so größerer Ausdehnung, je abstrakter die Begriffe, je „komplexer" die Assoziationen sind. Auch von diesem Gesichtspunkte aus ist also die Ansicht, daß das Stirnhirn Sitz der Intelligenz sei, abzulehnen; die „Intelligenz" und die höheren geistigen Funktionen überhaupt (noch weniger natürlich der sogenannte Charakter) lassen sich im Stirnhirn so wenig wie in einem anderen umschriebenen Hirnbezirk lokalisieren, sie stellen vielmehr eine Funktion der gesámten Großhirnrinde dar.

Allerdings ist damit nicht ausgeschlossen, daß bei den intellektuellen Funktionen, als deren Grundlage wir die Tätigkeit der gesamten Großhirnrinde ansehen müssen, das Stirnhirn nicht doch irgendwie eine besondere Rolle spielt. In gewisser Beziehung tut es dies schon durch seine besonderen Beziehungen zur Sprache. Denn die höheren geistigen Funktionen werden erst durch die Sprache möglich, das „abstrakte" Denken, die Bildung der „Begriffe" sind an sie gebunden [1]). Seine Bedeutung als „Sprachzentrum" erlangt

[1]) Die Sprache umfaßt als wesentlichen Anteil hierbei auch den sprachlich-motorischen, beim „Denken" spielt außer dem Wortklangbilde



das linke Stirnhirn wohl dadurch, daß hier nicht nur die Region ist, von der die Sprechbewegungen ausgelöst werden können, sondern daß gleichzeitig sich diese Partien auch durch besondere Verbindungen mit vielen anderen Gehirnteilen auszeichnen. Es wird daher auch außerhalb der umschriebenen Stelle der Auslösung der Sprechbewegungen, also außerhalb des motorischen Sprachzentrums, durch seine vielen und — wie *Anton* und *Zingerle* fanden — „eigenartigen" Verbindungen in gewissem Sinne zu besonderen Leistungen befähigt sein. Interessant in dieser Beziehung ist es, daß *Schuster* auf Grund seiner statistischen Untersuchungen zur Auffassung von der „psychologischen höheren Dignität der linken Präfrontalgegend gegenüber der rechten" kommt [1]) und weiterhin meint, es liege sehr nahe, anzunehmen, „daß, die im linken Stirnhirn geschaffenen anatomischen Vorbedingungen für die Sammlung und sprachliche Umgestaltung des gesamten funktionellen Großhirninhaltes auch noch eine weitere über die bloße Sprachfunktion hinausgehende Bedeutung für die Gesamtpsyche haben werden [2])". Vielleicht kommt aber noch etwas anderes hier hinzu, und zwar folgendes:

Sehen wir von der speziell psychischen Bedeutung zunächst einmal ab und fragen wir nach der Bedeutung des Stirnhirns überhaupt, so liegt diese offenbar in seiner Eigenschaft als letztes und höchstes Koordinationszentrum. Es stellt die Zentralstation für das Kleinhirn dar, ist diesem supraordiniert; das Stirnhirn verhält sich zum Kleinhirn etwa ebenso wie dieses zum Rückenmark. Daß dem so ist, daß es also eine wirkliche „frontale" Ataxie gibt und die bei Stirnhirnerkrankungen mitunter zu beobachtenden Gleichgewichtstörungen nicht etwa nur als Fernwirkung auf das Kleinhirn aufzufassen oder mit der Lokalisation der Rumpfzentren im Stirnhirn zu erklären sind, ergibt sich schon daraus: die Koordination wird von uns erst bewußt, d. h. kortikal erlernt, und zwar ebenso die Koordination der zum Sitzen, Stehen, Gehen notwendigen Muskelinnervationen, wie im späteren Leben die Koordination als Grundlage besonders erlernter

stets auch das sprachlich-motorische Element — allerdings nach der individuellen Veranlagung im Einzelfalle mehr oder weniger — eine gewisse Rolle.

[1]) *Schuster* a. a. O. S. 60.

[2]) *Schuster* a. a. O. S. 75.



Fertigkeiten. Durch versuchende, im Sinne des Effekts zunächst unzweckmäßige willkürliche Bewegungen wird die geeignete Bewegungskoordination herausgefunden, die sich dann als solche fixiert. Da an diese Fähigkeit der Koordination von Bewegungen beim Menschen schon durch den aufrechten Gang ganz besondere und überaus komplizierte Aufgaben gestellt werden, so ist die Größe der Stirnlappen bei ihm schon daraus verständlich. Es besteht nun aber ein merkwürdiger Parallelismus zwischen der Fähigkeit bewußter Koordination und der Ausbildung der höheren psychischen Funktionen. Wir sehen die — eigentlich doch recht auffallende — Erscheinung, daß aufrechter Gang und Intelligenz sich in der Tierreihe zu gleicher Zeit und in gleichem Maße ausbilden. Es liegt also die Frage nahe, ob das Stirnhirn die Bedeutung eines Koordinationszentrums, die es für die Körperbewegungen hat, und in der offenbar seine Hauptbedeutung liegt, in gewissem Sinne nicht auch für die assoziativen Vorgänge besitzt. Man käme also zu der Anschauung, daß die durch die Ausbildung des Stirnhirns gegebene Möglichkeit bewußter Koordination sich nicht nur auf die Bewegungen, sondern auch auf Vorstellungen erstreckt, und daß also die Möglichkeit der bewußt werdenden Koordination von Vorstellungen die Vorbedingung für die Entwicklung der „Intelligenz" ist. Unter einer solchen „Koordination" von Vorstellungen wäre dabei zu verstehen, daß Assoziationen und Assoziationskomplexe, in gewisser Stärke abgestuft, mit einander in Beziehung gesetzt werden. Mit einer solchen Annahme brauchte man den Boden der Assoziationspsychologie durchaus noch nicht zu verlassen. Allerdings darf man dann im Stirnhirn nicht eine besondere Fähigkeit annehmen, vermöge deren es diese „assoziative Koordination" ausführt [1]) — eine Annahme, die ja auch allen unseren bisherigen Ergebnissen durchaus widersprechen würde —, man muß vielmehr ihr Zustandekommen auf andere Weise erklären.

Bei der Koordination der Bewegungen sind es bekanntlich Sensibilitätsempfindungen (im weitesten Sinne), durch welche die Abstufung und Zusammenordnung der Bewegungen, d. h. eben ihre Ko-

[1]) Damit würde man sich dem Standpunkte von *Wundt* nähern, der ja eine besondere seelische Funktion, die Apperzeption, annimmt und im Stirnhirn lokalisiert.



ordination, erreicht wird [1]). Dasjenige aber, was der Rolle, die die Sensibilitätsempfindungen bei der Koordination von Bewegungen spielen, im Falle der „assoziativen" Koordination entspricht, ist offenbar nichts anderes als das, was wir als „Gefühlsbetonung" der Vorstellungen bezeichnen [2]). Durch sie erfolgt jene Abstufung in der Intensität der Vorstellungen, die zu ihrer „Koordination" gehört und sie bedingt.

Von der Bedeutung des Stirnhirns als „assoziatives Koordinationszentrum" aus würde natürlich auch seine Rolle als Sprachzentrum besonders verständlich werden; namentlich aber stände auch die Tatsache, daß das Sprachzentrum bei allen Rechtshändern auf der linken Seite lokalisiert ist, mit der hier geäußerten Annahme durchaus im Einklang.

Fassen wir zum Schluß noch einmal das kurz zusammen, was sich uns in der Hauptsache als Resultat ergeben hat, so können wir sagen:

1. Bestimmte, für eine Schädigung des Stirnhirns charakteristische, psychische Symptome gibt es wahrscheinlich nicht, insbesondere ist die sogenannte „Witzelsucht" ebenso wie die Benommenheit und der bei Hirntumoren überhaupt öfter zu beobachtende *Korsakoff*sche Symptomenkomplex als ein durch die Hirndrucksteigerung bedingtes Allgemeinsymptom aufzufassen.

2. Abzulehnen ist auch die Auffassung, daß die „Intelligenz" im Stirnhirn lokalisiert sei; vielmehr kann als Grundlage der intellektuellen Funktionen nur die Tätigkeit der **gesamten** Großhirnrinde in Betracht kommen. Damit ist nicht ausgeschlossen, daß innerhalb dieser Tätigkeit das Stirnhirn noch eine besondere Rolle

[1]) *Förster*, Die Physiologie und Pathologie der Koordination. Jena 1902.

[2]) Auf die Frage, was die sogenannte „Gefühlsbetonung" eigentlich ist, kann im Rahmen dieser Arbeit nicht eingegangen werden, daher auch nicht darauf, inwieweit ein solches In-Parallele-Stellen von Sensibilität und Gefühlsbetonung möglich und berechtigt ist. Ich muß in bezug auf diese Punkte auf eine demnächst erscheinende Arbeit von mir verweisen, die eine Erörterung der Beziehungen der Sensibilität zur Affektivität und eine auf diese Beziehungen sich gründende Theorie des „Gefühls" gibt.



spielt, möglicherweise ist dabei seine — auch sonst wesentlichste — Eigenschaft als Koordinationszentrum irgendwie von Bedeutung.

Literatur.

Anton und *Zingerle*, Bau, Leistung und Erkrankung des menschlichen Stirnhirns. I. Graz 1902.

Brodmann, Beiträge zur histologischen Lokalisation der Großhirnrinde. VI. Die Cortex-Gliederung des Menschen. Journ. f. Psych. u. Neurol. Bd. X, H. 6.

Bruns, Die Geschwülste des Nervensystems. Berlin 1908.

Dupré et *Devaux*, Tumeurs cérébrales. Nouvell. iconogr. de la Salpetr. 1901.

Edinger, Vorlesungen über den Baú der nervösen Zentralorgane der Menschen und Tiere. Leipzig 1904.

Flechsig, Die Lokalisation der geistigen Vorgänge, insbesondere der Sinnesempfindungen des Menschen. Leipzig 1896.

Förster, Die Physiologie und Pathologie der Koordination. Jena 1902.

Gianelli, Gli effetti diretti ed indiretti dei neoplasmi encefaliti sulle funzioni mentali. Policlinico 1897. Ref. Neurol. Centralbl. 1897, S. 1061.

Jastrowitz, Beiträge zur Lokalisation im Großhirn und über deren praktische Verwertung. D. med. Wochenschr. 1888.

Kauffmann, Atemstörungen bei Stirnhirndefekt. Journ. f. Psych. u. Neurol. Bd. XII.

Kleist, Untersuchungen zur Kenntnis der psychomotorischen Bewegungstörungen bei Geisteskranken. Leipzig 1908.

v. Monakow, Gehirnpathologie. Wien 1905 (in *Nothnagel*, Spezielle Pathologie und Therapie. IX, Bd. I).

E. Müller, Über psychische Störungen bei Geschwülsten und Verletzungen des Stirnhirns. D. Zeitschr. f. Nervenheilkunde Bd. XXI.

Derselbe, Die Beziehungen des Stirnhirns zur Psyche. Ztschr. f. Psych. Bd. 59.

Oppenheim, Zur Pathologie der Großhirngeschwülste. Arch. f. Psych. Bd. XXI u. XXII.

Derselbe, Die Geschwülste des Gehirns (in *Nothnagel*, Spezielle Pathologie und Therapie IX, Bd. 2.

Pfeifer, Psychische Störungen bei Hirntumoren. Arch. f. Psych. Bd. 47, H. 2.

Reichardt, Zur Entstehung des Hirndruckes bei Hirngeschwülsten und anderen Hirnkrankheiten und über eine bei diesen zu beobachtende besondere Art der Hirnschwellung. D. Zeitschr. f. Nervenheilk. Bd. 28, 1905.

Schröder, Das fronto-okzipitale Assoziationsbündel. Monatsschr. f. Psych. und Neurol. Bd. IX.

Schuster, Psychische Störungen bei Hirntumoren. Stuttgart 1902.

Veraguth-Cloetta, Klinische und experimentelle Beobachtungen an einem Fall von traumatischer Läsion des r. Stirnhirns. D. Zeitschr. f. Nervenheilk. Bd. 32.

Vorkastner, Beitrag zur Diagnostik der Hirntumoren im höheren Lebensalter. Charité-Annalen XXXIII. Jahrg.

Welt, Charakterveränderungen des Menschen infolge von Läsionen des Stirnhirns. D. Arch f. klin. Med. Bd. 42, 1888.

Wundt, Grundzüge der physiologischen Psychologie. Leipzig 1902.

Ziehen, Leitfaden der Physiologischen Psychologie. In 15 Vorlesungen. Jena 1906.



Spannungserscheinungen am Gefäßsystem und ihre differenzialdiagnostische Verwertbarkeit für die Dementia praecox.

Von

Dr. med. **Baller,**

Oberarzt a. d. Prov.-Irrenanstalt Owinsk (Dir. San.-Rat. Dr. *Werner*).

Durch die Arbeiten *Kraepelins* und seiner Schule sind eine Reihe früher selbständiger Krankheitbilder aus der psychiatrischen Nomenklatur verschwunden, sie sind in den umfassenden Symptomenkomplexen des manisch-depressiven Irreseins und der Dementia praecox als Phasen aufgegangen.

Es hat lebhaften Widerspruch herausgefordert, und auch heute noch sind Für und Wider nicht zur Ruhe gekommen darüber, ob es recht getan war, so mannigfaltige Krankheitbilder zu einem so großzügigen Ganzen zusammenzufassen, wie es speziell die Dementia praecox darstellt. Aber wenn *Kraepelin* auch den Namen selbst nicht gerade glücklich gewählt haben mag (und doch haben sich viele Autoren vergeblich bemüht, einen besseren Ersatz dafür zu schaffen), so beweist doch die große Zahl seiner Anhänger, daß er auf dem richtigen Wege war, und daß seine Lehren zum Mindesten dieselbe Existenzberechtigung verdienen, wie die anderer Autoren.

Die Dementia praecox erscheint zunächst als ein sehr kompliziertes Gebilde. *Kraepelin* selbst hat sie in drei Grundformen gegliedert; er unterscheidet die Katatonie, Hebephrenie und Dementia paranoides. So grundverschieden diese drei Formen obenhin betrachtet auch erscheinen, sie laufen zusammen, und das ist der springende Punkt, in der vorzeitigen Verblödung, und wenn auch alle drei Krankheitbilder ihren eigenen hervorstechenden Charakter haben, so findet man doch immer wieder dies oder jenes Symptom, seien es Stereotypien, mani-



riertes Wesen, Spannungs- oder Hemmungserscheinungen u. a. m.. die einem die gemeinsame Verwandtschaft der drei vor Augen führen.

Der veröffentlichten Beiträge zur Frage der Dementia praecox ist Legion, und dennoch bietet sie immer noch Interessantes dar. Wie aktuell noch immer der Stoff ist, beweist die XV. Versammlung des Nordostdeutschen Vereins für Psychiatrie, die als Referatthema für die nächste Sitzung auf Antrag von Prof. *Meyer*-Königsberg das Thema wählte: „Die körperlichen Erscheinungen bei Dementia praecox“, und möglichst zahlreiche Beobachtungen symptomatologischer Natur als wichtig für die Klärung des Krankheitbildes der Dementia praecox bezeichnete.

Bei dem hohen Prozentsatze, den auch in hiesiger Anstalt dieses Leiden unter der Gesamtzahl der Kranken für sich in Anspruch nimmt, waren es besonders die Spannungserscheinungen, die mir der Untersuchung wert erschienen, und zwar speziell die Art und Weise, wie sich dieselben am Gefäßsystem dokumentierten, ferner die Frage, ob die dadurch bedingten Zirkulationstörungen irgend wie für die Stellung einer Differenzialdiagnose verwertbar seien. An der Hand einzelner typischer Krankengeschichten und des übrigen, durch die freundliche Erlaubnis meines verehrten Herrn Direktors mir zur Verfügung gestellten Krankenmaterials will ich meine Beobachtungen in Folgendem niederlegen.

Wie *Kraepelin* in seinem Lehrbuche unter der Aufzählung der körperlichen Symptome der Dementia praecox hervorhebt, sind „vasomotorische Störungen, Cyanose, umschriebene Ödeme usw.“ sehr verbreitet: es trifft dies zu und zwar am augenfälligsten bei demjenigen Symptomenkomplexe, den er mit Katatonie bezeichnet. Wie stark betont dies Phänomen sein kann, möge nachstehende Probe erläutern:

O. K., ein 22 jähriger Jüngling ohne nachweisbare erbliche Belastung, wurde, bis dahin stets gesund, angeblich nach einer Erkältung im 17. Lebensjahre „nervenleidend“ und mußte im Krankenhause, weil er die Nahrungaufnahme verweigerte, künstlich gefüttert werden. Er erholte sich aber bald und wurde als Freiwilliger beim Militär eingestellt. Im Dienste fiel bald auf, wie er oft geistesabwesend dastand, vor sich hinstarrte und, angerufen, keine Antwort gab. Im Lazarett klagte er über Kopfschmerzen und Schwindel, war teilnahmlos und neigte zu impulsiven Handlungen; schließlich reagierte er auf nichts mehr, lag regung-



los da und mußte mit der Sonde gefüttert werden. Dieser Zustand dauerte 10 Monate. Sein Gesichtausdruck war maskenhaft, die Muskulatur gespannt, sogar die des Thorax, so daß die Atmung fast nur durch das Zwerchfell besorgt werden mußte. Selbst lästige Prozeduren, wie das Einführen des Magenschlauchs riefen weder Minenspiel noch Abwehrbewegungen hervor, und doch bewies der Umstand, daß sich das Gesicht des Kranken rötete und Tränen aus seinen geschlossenen Augen rannen, daß die affektive Reaktionfähigkeit der Psyche des Kranken wohl erhalten war, wie er auch über alles, was um ihn vorgegangen war, später lückenlose Erinnerungen an den Tag legte.

Während der ganzen Zeit dieser kataleptischen Starre traten bald im Gesicht, bald an den Extremitäten Schwellungen auf, die eben so schnell, wie sie entstanden waren, auch wieder verschwanden, nur an den Füßen blieben sie konstant; daneben beobachtete man und zwar dauernd an den Händen und den Unterschenkeln eine diffuse livide Verfärbung mit hellroten Flecken untermischt, die nach oben hin in die normale Hautfarbe überging und auf Druck intensiver Blässe Platz machte, so daß der frühere Farbenton erst nach längerer Zeit und ganz allmählich sich wieder herstellte. Die verfärbten Bezirke fühlten sich kühl an, wenn sie der kühlen Zimmerluft ausgesetzt waren, Cyanose und Ödeme hielten aber auch wärmerer Einhüllung und vorübergehender Hochlagerung der Extremitäten stand. Als der Kranke eines Tages aus dieser Starre als Rekonvaleszent erwachte, waren Ödeme und Cyanose momentan verschwunden und traten auch nicht wieder auf, die Haut der Extremitäten zeigte wieder völlig normale Beschaffenheit.

Vorstehende Krankengeschichte kann als Schulbeispiel für die katatonische Form der Dementia praecox gelten. Ich will nicht auf die einzelnen Symptome weiter eingehen, sondern nur auf das nicht immer Konstante der vasomotorischen Störungen, unter welcher Bezeichnung ich Ödeme und Hautverfärbungen zusammenfassen möchte. In einer ganzen Reihe absolut reiner Katatonien konnte ich diese Erscheinungen konstatieren, teilweise und zwar prozentualiter am häufigsten beide nebeneinander, teils aber auch nur Hautverfärbungen allein. Andererseits ließen manche Fälle von Katatonie dies Phänomen auch ganz vermissen.

Wie kann man nun das Auftreten dieser Symptome deuten? Es ist nicht gut angängig, sie auf Organerkrankungen irgend welcher Art zurückzuführen, in deren Verlauf speziell Ödeme aufzutreten pflegen, oder die Bewegunglosigkeit dieser Kranken sowie Temperatureinflüsse dafür verantwortlich zu machen, da einerseits bei den in Frage stehenden Katatonikern die Untersuchung auf derartige Organerkrankungen



absolut negativ war, andererseits, wie in dem zitierten Falle, Ödeme und Cyanose auch auftraten, obwohl der Kranke nie das Bett verlassen hatte. Es kommt noch ein Punkt hinzu, der nur eine spezifische Erklärungmöglichkeit zuläßt, das ist, wie schon oben erwähnt, die eigenartige Bestanddauer der vasomotorischen Störungen. Die Ödeme und die Hautverfärbungen blieben während der ganzen Zeit der katatonischen Starre des Kranken konstant, waren aber nach Aufhören derselben in der Rekonvaleszenz wie fortgeblasen, und die früher befallenen Hautpartien zeigten keine Spur krankhafter Veränderung mehr.

Einen Einwand, der mir gemacht wurde, nämlich die Frage, ob die Ödeme und Cyanose der Haut nicht hervorgerufen sein könnten durch eine gewisse Kompression, die die katatonisch gespannte Muskulatur evtl. auf die großen Venenstämme ausübe, möchte ich hier gleichfalls zurückweisen. Einmal beobachtet man durchaus nicht in allen Fällen von Katatonie vasomotorische Störungen, und wenn dem auch so wäre, dürfte man wohl die Spannung des Muskels sehr überschätzen, wollte man ihr geradezu einschnürende Wirkung beimessen; andererseits spricht aber auch voll und ganz die Erscheinung dagegen, die ich schon oben erwähnt habe, nämlich daß bei Druck auf die verfärbten Hautpartien eine vollständige Entfärbung eintritt, die sich nur sehr langsam zurückbildet. Zeichnet man durch kräftigen Druck Figuren auf die cyanotischen Hautpartien, so treten dieselben intensiv weiß, ähnlich, wenn auch umgekehrt, wie beim Nachröten, deutlich hervor und halten sich bis zu 15 Sekunden und länger, ehe sie verschwinden. Bei einfacher Stauung würde die Röte dem entfärbenden Drucke sehr schnell wieder folgen.

Nein, es sind diese vasomotroischen Störungen unzweifelhaft ein spezifisches Svmptom der Katatonie, und zwar entspringen sie sicher aus derselben Ursache, in der die Spannungerscheinungen der Muskulatur ihre Erklärung finden.

Über die pathologischen Vorgänge im Zentralnervensystem, als deren Produkte die Krankheiterscheinungen der Katatonie überhaupt anzusehen sind, ob es sich um chemische oder anatomische Veränderungen der Zellen handelt, ist man, soweit mir bekannt, noch immer im Unklaren. *Alzheimer* will aber gewisse Veränderungen der Rindenzellen, besonders der tieferen Schichten gefunden haben, die *Kraepelin*

(Lehrbuch der Psychiatrie Bd. II) folgendermaßen beschreibt: „Die Kerne erscheinen hochgradig aufgebläht, die Kernmembran stark gefaltet, der Zelleib bedeutend geschrumpft mit Neigung zum Zerfall. In der Glia ließ sich krankhafte Neubildung der Fasern feststellen, welche die Zellen in eigentümlicher Weise umklammerten". Ob durch diese Befunde auch die körperlichen Symptome der Dementia praecox erklärt werden können, erscheint mir noch nicht einwandfrei, und ich glaube, von einem ad oculos zu demonstrierenden pathologisch-anatomischen Befunde sind wir leider noch recht weit entfernt. Die Theorie wird auch noch ferner diese Lücken überbrücken müssen.

Um das Phänomen der vasomotorischen Störungen zu erklären, möchte ich ausgehen von dem augenfälligsten Symptome der Katatonie, nämlich der kataleptischen Muskelstarre. Wir verstehen hierunter eine erhöhte Spannung der Muskulatur bei Ausschaltung des Willens. Das Glied, dem wir durch irgendwelche Manipulationen eine bestimmte Stellung geben, verharrt in dieser nicht allein, weil der Willensantrieb fehlt, die gegebene Stellung zu verändern oder es in die Ruhelage zurückzuführen, sondern auch deshalb, weil die gesamte Muskulatur sich in Spannung befindet, einem Zustande, der einer gewissen allgemeinen Kontraktion nahekommt oder gar sie darstellt. Der Antrieb, mit dem wir dem Gliede seine Stellung geben, vertritt in diesem Falle den Willen und beläßt die betreffenden Muskelgruppen solange in der Kontraktion, bis ein neuer mechanischer Antrieb oder das Gesetz der Schwere die Stellung ändert; ohne diese Spannung würde bei der Ausschaltung des Willens das Glied gewissermaßen das Bild einer schlaffen Lähmung darbieten, und die sogenannte Flexibilitas cerea käme unter keinen Umständen zustande.

Dieselben Verhältnisse sind nun meines Erachtens für das Zustandekommen der vasomotorischen Störungen maßgebend.

Wenn auch bei der glatten Muskulatur der Gefäße, die ja, weil sie vom Nervus sympathicus versorgt werden, nicht dem Willen unterworfen sind, nur die eine Prämisse zur Katalepsie vorhanden ist, so kann man für den Willen in diesem Falle doch, wenn ich so sagen darf, die Selbststeuerung, durch die ihre Funktion unter normalen Verhältnissen geregelt wird, einsetzen. Vasokonstriktoren und Vasodilatatoren befinden sich in demselben Zustande, wie ihre quergestreiften Verwandten. Wenn ich versuche, zwischen der quergestreiften und



glatten Muskulatur hier einen Vergleich zu ziehen, so ist das Tertium comparationis das Verharren derselben in einer durch mechanische Einwirkung hervorgerufenen Stellung. Der Blutdruck im Gefäßrohr wirkt auf die Gefäßmuskulatur, wie der von uns künstlich bewerkstelligte Antrieb auf die Muskulatur eines Gliedes, dem wir z. B. eine Beugestellung gaben, er dehnt das Gefäßrohr aus und läßt es in diesem Zustande verharren, die Vasokonstriktoren können ihre normale Funktion nicht entfalten, weil der Antrieb fehlt, also Katalepsie der Gefäßmuskulatur. Die Probe auf das Exempel gibt die eintretende Blässe der cyanotischen Haut bei Druck auf die gestauten Bezirke und deren langsames Schwinden nach Aufhören desselben. Durch den Fingerdruck wird der Blutdruck beseitigt, die Vasokonstriktoren erhalten eine Kontraktionstellung, die erst wieder sehr langsam (15—20 Sekunden) bei Nachlassen des Druckes durch das andrängende Blut aufgehoben wird.

Dies eigenartige Verhalten der Gefäßmuskulatur erzeugt dasselbe Resultat, wie es eine Lähmung derselben nach Durchschneidung eines peripheren vasomotorischen Nerven zur Folge hat. *Landois* (Lehrbuch der Physiologie) sagt: „Durchschneidung des Nervus sympathious erweitert, da durch den intraarteriellen Druck die Gefäßwände leicht gedehnt werden, die betreffende Gefäßprovinz, durch die Wände der zugehörigen Kapillaren findet vermehrte Transsudation statt. Die Lähmung der vasomotorischen Nerven und damit der Gefäßmuskulatur muß offenbar Stauungen der Blutbewegung zur Folge haben, da diesen, nämlich den Muskeln, ein wichtiger Faktor an der normalen Fortbewegung des Blutes in den Gefäßen zukommt. Die langsamere Blutbewegung bringt es mit sich, daß die von der Luft berührten Teile sich leichter abkühlen“, Diese durch das physiologische Experiment erwiesenen Tatsachen decken sich fast genau mit den Gefäßerscheinungen bei der Katatonie.

Es kann hiernach keinem Zweifel unterliegen, daß die geschilderten vasomotorischen Störungen kataleptischer Natur sind und somit ein Symptom des Krankheitbildes der Katatonie und damit der Dementia praecox im weiteren Sinne.

Wie verhält sich nun dies Phänomen zu den anderen Typen der Dementia praecox, zu der Hebephrenie und der Dementia paranoides?

Zur Erläuterung lasse ich je eine Krankengeschichte folgen:

1. **Hebephrenie:**

N. H., eine 22 jährige Verkäuferin ohne nachweisbare erbliche Belastung, erkrankte 8 Wochen vor ihrer Aufnahme in die hiesige Anstalt mit Erregungzuständen, Triebhandlungen und mutazistischen Symptomen und trieb allerhand Verkehrtheiten, die häufig stark erotischen Charakter hatten. In der Anstalt war ihre Stimmung sehr wechselnd, manchmal traurig, so daß sie sich unter der Bettdecke verkroch und jedem Versuch, ihr durch Fragen usw. näherzukommen, negativistischen Widerstand entgegensetzte, manchmal ausgelassen heiter, so daß sie sang, tanzte, nackt unter die Betten kroch und zu allerhand Schabernack aufgelegt war. In diesem Stadium kam es häufig zu maßlosen Erregungzuständen; sie schrie, raufte sich die Haare, zerschlug Geschirr und Fensterscheiben, beschmierte sich und ihre Liegestatt mit Kot und masturbierte exzessiv. Dazwischen rief sie: „Hilfe! Arthur!" oder sonst irgendwelche zusammenhanglose Worte. Auch wenn sie ruhiger war, war eine Verständigung mit ihr nicht möglich, sie antwortete entweder gar nicht oder ganz unzusammenhängendes, dummes Zeug. Ihr Benehmen war sehr albern, sie hielt sich unordentlich in ihrer Kleidung und legte recht erhebliche gemütliche Stumpfheit an den Tag, die sich besonders bei Anwesenheit ihrer Angehörigen dokumentierte. Dann und wann starrte sie stuporös lange auf einen Punkt, so daß sie gradezu weiter geschoben werden mußte, dann und wann wurde Grimassieren beobachtet, manieriertes Wesen, und sehr häufig unmotiviertes Lachen, das im Flüstertone geführte Selbstgespräche unterbrach. Schon bei der ersten körperlichen Untersuchung der Kranken fielen ihre stark geschwollenen Beine auf, die ebenso wie die Hände blaurot verfärbt waren und sich kalt anfühlten. Auch durch Bettruhe waren diese Symptome nur insoweit zu beeinflussen, als die Ödeme etwas zurückgingen, besonders bei Hochlagerung; das livide Aussehen, besonders der Hände, blieb aber dauernd bestehen. Alle Erscheinungen waren um so stärker ausgeprägt, wenn auch im übrigen Verhalten der Kranken rein katatonische Symptome, wie Stupor usw. das Krankheitbild beherrschten.

2. **Dementia paranoides:**

K. P., ein 49 jähriger Brenner, erkrankte vor 15 Jahren, wurde mißmutig, betete viel und vernachlässigte seinen Beruf, so daß er seine Stellung verlor. Er trieb sich planlos umher und gelangte bald in die hiesige Anstalt. Hier äußerte er massenhafte Wahnideen, er sei ein „Geist", „der Donnerführer", Geister sprächen mit ihm und aus ihm und trieben ihn zu unnützen Dingen, er müsse Donner machen, das „Weltelektron sei durch ihn getrennt", wen er anrühre, den koste es das Leben, und ähnliche Abenteuerlichkeiten mehr. Perioden von starrem Negativismus und raptusartigen Erregungzuständen, in denen er plötzlich Scheiben zertrümmerte, wechselten miteinander ab. Stundenlang konnte er auf einem Platze stehen und mit dem Munde fauchende Geräusche produ-

zieren oder im Sitzen stereotyp mit den Extremitäten schaukeln. Sinnestäuschungen waren sicher massenhaft vorhanden. Im Laufe der Jahre machte sich eine rapide fortschreitende Verblödung bemerkbar, die zwar das Groteske seiner Wahnideen nur wenig geändert hat, er bringt dieselben auf Befragen immer noch zum Vorschein, aber seine Darstellung ist affektlos, er ist gleichgültig geworden. Ausgesprochene kataleptische Erscheinungen der Extremitätenmuskulatur wurden nie beobachtet, wohl aber, und zwar schon in der allerersten Zeit, vasomotorische Störungen in Gestalt von Ödemen und lividen Verfärbungen der Hände und Füße und manchmal des Gesichts in ausgiebigstem Maße, die für ihn die Quelle vieler körperlicher Leiden wurden. Trotz aller möglichen Vorkehrungen war es nicht zu verhindern, daß in der kälteren Jahreszeit Frostbeulen sich bildeten, und ich habe nie umfangreichere und hartnäckigere Frostschäden gesehen als bei diesem Kranken.

Wie diese beiden Krankengeschichten zeigen, sind also sowohl bei der Hebephrenie wie bei der Dementia paranoides, denn dafür muß man wohl diese beiden Fälle ansprechen, diese vasomotorischen Störungen, die ich oben auf Spannungserscheinungen der Gefäßmuskulatur analog der kataleptischen Muskelstarre zurückführte, vorhanden. Vergleicht man die hier geschilderten Zirkulationstörungen mit den eingangs beschriebenen, so muß man anerkennen, daß sie ein und dieselben Merkmale aufweisen; es ist demnach auch wohl anzunehmen, daß für ihr Zustandekommen dieselbe Ursache wie im Falle der Katatonie in Betracht zu ziehen ist. Wenn auch eigentliche Katalepsie der willkürlichen Muskulatur in beiden Fällen nicht beobachtet wurde, so beweist doch das Verhalten des Gefäßsystems die Existenz von Spannungszuständen wenigstens in der glatten Muskulatur.

Kraepelin hat als eins der Hauptkriterien der Dementia praecox die schnelle Verblödung obenan gestellt, und das ist auch zweifellos das wichtigste Merkmal, das alle drei Krankheitgruppen auszeichnet und sie auf ein und dieselbe Basis stellt; es scheint aber auch nach dem Gesagten noch dies oder jenes andere Symptom eine Hervorhebung als Charakteristikum zu verdienen.

Kahlbaum, auf dessen Katatonie *Kraepelin* seine Dementia praecox aufgebaut hat, hat seiner Zeit eine Reihe von Krankheitbildern, die die Zeichen der Manie, Melancholie, des Stupors und Blödsinns verbunden mit Krampf- und Hemmungserscheinungen darboten, Katatonie oder Spannungsirresein benannt. Er sagt in seiner Monographie gleichen Namens (S. 23): „Die spastischen Symptome sind bei der neuen



Krankheit mannigfach und wechselnd, diesen Symptomen wird man also eine ähnliche Bedeutung für die Aussonderung einer Krankheitgruppe zuerkennen dürfen, als den paralytischen Symptomen für die Gruppe der paralytischen Seelenstörung. Von diesen Symptomen wird man daher auch am besten die Benennung der Krankheitform hernehmen, da in jedem Falle eine Abänderung in dem Spannungzustande der Muskulatur oder vielmehr der betreffenden Nerven vorausgesetzt werden darf". Er hat dadurch dem Symptom der Spannung eine besondere Wichtigkeit beigemessen, und diese Bedeutung möchte ich auf die geschilderten vasomotorischen Störungen ausdehnen, die dadurch zu einem brauchbaren, vielleicht bisher nicht genügend beachteten Symptom zur Sicherung der Diagnose Dementia praecox werden könnten.

Es ist ja eine bekannte Tatsache, daß gerade bei der Hebephrenie und Dementia paranoides ausgesprochene kataleptische Muskelspannung relativ selten vorkommt, darum verdienen diese, wie ich weiterhin noch statistisch nachweisen möchte, häufiger vorkommenden Spannungerscheinungen der Gefäßmuskulatur eine erhöhte Beachtung.

Ich will hier gleich hervorheben, daß dies Symptom durchaus nicht in jedem Falle von Dementia praecox, sei es Katatonie, sei es Hebephrenie oder Dementia paranoides, vorhanden sein muß; es kann ganz fehlen, und dafür habe ich manche Beispiele, es kann spät auftreten, oder es kann periodisch erscheinen, ist es doch wie auch Mutazismus, Stereotypien und Negativismus usw. lediglich ein Symptom, das nicht schablonenhaft in jedem Krankheitbilde vorhanden sein muß; ganz vermißt wird es aber nur selten.

Bei der Feststellung der Häufigkeit der vasomotorischen Störungen bin ich nun in folgender Weise vorgegangen. Ich ließ mir wahllos in bestimmten Zwischenräumen sämtliche Kranke aufschreiben, die ödematöse Schwellungen der Extremitäten oder zyanotische Verfärbungen derselben aufwiesen. Darauf schied ich bei der Untersuchung und Beurteilung ohne weiteres alle diejenigen aus, bei denen ich annehmen konnte, daß Krampfadern oder Gefäßerkrankungen bei der Entstehung der vasomotorischen Störungen beteiligt sein könnten. Ich fand unter einem Krankenmaterial von 750 Männern und Frauen 93 mal Ödeme und blaurote Verfärbung der Extremitäten. Von diesen 93 Fällen waren 3 Paralytiker, und alle übrigen gehörten der Dementia



praecox an. Wie sich prozentualiter diese Störungen auf die Katatonie, Hebephrenie und Dementia paranoides verteilen, das zu entscheiden dürfte schwer sein, weil bei alten abgelaufenen Fällen die Demenz wohl noch aus einzelnen Überbleibseln eine allgemeine Diagnose gestattet, aber eine präzise Klassifizierung durch das Verwischen der charakteristischen Symptome unmöglich macht.

Männer und Frauen waren im Verhältnis zu ihrer Gesamtanzahl etwa in gleicher Weise an dem Resultate beteiligt. Auf den Gesamtkrankenbestand berechnet machen diese 90 Fälle 12 % aus. *Kraepelin* schätzt die Häufigkeit der Dementia praecox auf etwa 14—15 % aller Aufnahmen. Diese Zahlen mögen für die Neuerkrankungen gelten, wenn man aber den Krankenbestand einer Anstalt als Ausgangpunkt der Berechnung annimmt, so erscheinen sie mir zu niedrig, weil sich, durch die schnelle Verblödung und durch die damit Hand in Hand gehende Erschwerung der Verpflegungmöglichkeit in der Familie, viel mehr Kranke dieser Kategorie in der Anstalt anhäufen, als von jeder anderen Geistesstörung.

Meine Zahlen beweisen daher für die Feststellung der Gesamtanzahl der Dementia praecox-Kranken in einer Anstalt nicht allzuviel, einmal schon, weil ich eine große Anzahl von Kranken von vornherein von der Mitzählung ausgeschieden habe, bei denen Krampfadern und ähnliches vorhanden war, deren Ödeme usw. aber zum Teil wohl sicher auch noch den Spannungserscheinungen auf Rechnung zu setzen wären, andererseits aber auch deshalb, weil, wie ich oben schon betonte, durchaus nicht jeder Fall von Dementia praecox alle einschlägigen Symptome gewissermaßen in Reinkultur aufweisen muß, und daher sicher noch manche Dementia praecox vorhanden ist, die, weil momentan ohne Spannungserscheinungen, der Mitzählung entgangen ist. Soviel ist jedoch aus ihnen ersichtlich, daß ein sehr erheblicher Prozentsatz der Dementia praecox teils dauernd, teils periodisch vasomotorische Störungen im Symptomenkomplexe führt, die den Rückschluß gestatten, daß, wenn auch in der willkürlichen Muskulatur Spannungserscheinungen nicht vorhanden sind, dieses Symptom doch, wenn es sich auch nur an der nicht dem Willen unterworfenen Muskulatur zeigt, ein Charakteristikum des Gesamtbildes der Dementia praecox darstellt, wie dies auch *Kahlbaum* (a. a. O.) von seiner Katatonie behauptet.

Diese Tatsache ist differenzialdiagnostisch von großer Bedeutung. Recht häufig ist auch der erfahrenste Psychiater im Zweifel, ob er einen Krankheitfall als Hebephrenie oder als Phase des manisch-depressiven Irreseins ansprechen soll, denn manische Symptome führt sowohl das eine wie das andere Krankheitbild, desgleichen Stupor und Hemmungzustände. Findet man nun bei einem derartigen Kranken vasomotorische Störungen der beschriebenen Art, so kann man mit an Gewißheit grenzender Wahrscheinlichkeit die Diagnose auf Dementia praecox stellen.

Was die Intensität dieser Störungen anbetrifft, so beobachtet man alle möglichen Grade, von einfach blaurot marmorierter Färbung der Extremitäten bis zu schwersten Ödemen ganzer Glieder, die auch durch Bettruhe und Hochlagerung nicht ganz verschwinden. Eine eigenartige, meist nur bei schwersten Katatonien beobachtete Erscheinung ist auch — ich möchte sie „fliegendes Ödem" nennen — eine Schwellung, die plötzlich z. B. an einer Gesichthälfte, den Augenlidern oder einer Hand auftritt, um nach kurzer Zeit, manchmal schon nach wenigen Stunden zu verschwinden. Dabei spielt die Lagerung des Kranken keine Rolle, denn diese Ödeme treten auch auf an Stellen, die nach dem Gesetz der Schwere für die Blutzirkulation die denkbar günstigsten Verhältnisse darbieten. Hierfür gilt nach meiner Ansicht auch die gleiche Erklärung. Neben den dauernden Ödemen konnte ich diese zweite Art außer bei mehreren anderen auch bei dem zuerst beschriebenen Falle häufig beobachten.

Bei der Durchsicht der mir zur Verfügung stehenden Literatur fand ich meist nur ganz allgemein gehaltene Erwähnung vasamotorischer Störungen in Gestalt von Ödemen und Cyanose als häufiger Erscheinungen bei Dementia praecox. *Kahlbaum* (a. a. O.) betrachtet sie als Störungen im Gebiete des trophischen Nervensystems und nennt als Prädilektionsstellen untere Extremitäten und Augenlider. *Meyer* und *Tomaschny* führen sie ebenfalls an in ihrem umfassenden Referat: Die körperlichen Erscheinungen bei Dementia praecox (Allgem. Ztschr. f. Psych. Bd. 66) und ersterer bezeichnet die Cyanose als „bekannt und doch nicht genug beachtet". Die eingehendste Würdigung finden die vasomotorischen Veränderungen in *Knapp*s Arbeit: Körperliche Symptome bei funktionellen Psychosen (Arch. f. Psych. Bd. 44 S. 780). Er sagt wörtlich: „Untersucht man in einer großen Provinzialanstalt sämtliche Insassen auf die Beschaffenheit ihrer Hände, so findet man bei einem verhältnismäßig großen Prozentsatze vasomotorische Veränderungen. Die zyanotischen,



häufig eiskalt sich anfühlenden Extremitäten beobachtet man fast nur auf denjenigen Stationen, auf welchen die hebephrenischen Kranken untergebracht sind. Ließe man sich bei einem Gang durch die Anstalt nur die Hände der Kranken vorzeigen, so würde man nur selten fehlgreifen, wenn man allein auf Grund dieses Symptoms die Diagnose auf eine hebephrenische Psychose stellen würde. Gute Dienste hat mir diese Cyanose der Hände wiederholt geleistet, wenn es sich um die Entscheidung handelte, ob eine echte affektive Melancholie vorliege, oder ob man eine melancholische Phase im Verlaufe einer hebephrenischen Erkrankung anzunehmen habe. Man wird kaum einen Irrtum begehen, wenn man bei der Anwesenheit dieses Symptoms die Erwartung ausspricht, daß den melancholischen Symptomen bald der Melancholie fremdartige Züge sich beimengen werden.

Was *Knapp* hier für die Hebephrenie ausgesprochen hat, das trifft, wie ich oben gezeigt zu haben glaube, für das ganze Gebiet der Dementia praecox zu und unterstützt meine Ausführungen, die ich dahin zusammenfasse:

„Die vasomotorischen Störungen im Krankheitbilde der Dementia praecox sind Spannungserscheinungen der Gefäßmuskulatur, respektive deren Nerven, analog der Katalepsie der Körpermuskulatur und damit ein spezifisches Symptom;

ihr Auftreten kann in zweifelhaften Fällen bemerkenswerte differenzialdiagnostische Bedeutung haben.

Eine Perspektive, die sich aus diesen Verhältnissen vielleicht eröffnet, möchte ich zum Schlusse noch andeuten. Wenn als festgestellt anzusehen ist, daß die beschriebenen Spannungserscheinungen pathognomonisch für die Dementia praecox sind, so darf man wohl auch folgern, daß die Gefäßmuskelfunktionen in toto krankhaft verändert sind und nicht nur da, wo sie in Gestalt vasomotorischer Störungen dem Auge sichtbar werden. Wenn nun das Zentralnervensystem dauernd oder wenigstens längere Zeit unter dem Einflusse derartiger Zirkulationstörungen zu leiden hat, so liegt es eigentlich auf der Hand, daß Schädigungen irgendwelcher Art für dasselbe daraus resultieren müssen, und auffallend ist, daß die schwersten Ödeme und die stärkste Zyanose der Haut bei solchen Kranken zu finden ist, deren Verblödung einen sehr hohen Grad erreicht hat. *Lomer*, Über einige körperliche Begleiterscheinungen der Verblödung (Psych.-neurolog. Wschr. Bd. 10

S. 137) ist ähnliches aufgefallen, er sagt: „Diese — zuweilen auf eine Körperhälfte beschränkte Cyanose mit ihren Folgeerscheinungen ist, wenn sie bei Geisteskranken auftritt, stets ein Signum mali ominis. Sie ist irreparabel und zeigt bestimmt an, daß der Verblödungsprozeß ziemlich weit vorgeschritten ist."

Ich möchte sogar einen Kausalnexus zwischen diesen beiden Symptomen annehmen und behaupten: die vasomotorischen Störungen bei der Dementia praecox sind sehr daran Schuld, wenn nicht gar der Grund, daß es so verhältnismäßig schnell zur Verblödung kommt. Es wäre diese Annahme weiterer Beobachtungen wert, denn vielleicht liefert sie auch einige Bausteine für die Feststellung der Ätiologie der Dementia praecox.



Diagnostische Assoziationsuntersuchungen.

Von

Professor Dr. **Ernst Emil Moravcsik**-Budapest.

Die fundamentalen Assoziationsversuche und Untersuchungen zur Analyse der pathologischen und normalen psychischen Zustände, welche sich an die Namen von *Wundt*, *Trautschold*, *Wahle*, *Bourdon*, *Kraepelin*, *Ziehen*, *Aschaffenburg*, *Weygandt*, *Sommer*, *Bleuler*, *Jung* und *Ricklin*, *Wreschner*, *Bechterew*, *Freud*, *Isserlin* u. a. knüpfen, haben nicht bloß auf unser Wissen befruchtend eingewirkt und unsere Kenntnisse einzelner pathologischer Zustandbilder korrigiert, sondern bei manchen psychischen Erkrankungen gewisse diagnostische Stützpunkte hervorgehoben. Diese letzteren hat insbesondere *Sommer* in seinem „Lehrbuch der psychopathologischen Untersuchungsmethoden" auf Grund eingehender Beobachtungen mit scharfer Kritik gewürdigt und beschrieben. Diese Untersuchungsmethoden und ihre Ergebnisse kann ich als hinreichend bekannt voraussetzen, so daß ich mich einer Detaillierung derselben entheben will.

Wohl sind wir noch nicht so weit gelangt, daß wir diesen Untersuchungen für sich einen jeden einzelnen Fall in charakteristischer Weise klarlegenden Wert beimessen könnten, immerhin aber leisten sie uns vorzügliche Dienste und bieten uns Orientierung namentlich dort, wo die Psychiatrie bestrebt ist, mit der alten, traditionellen symptomatischen Richtung zu brechen, und das Hauptgewicht auf die Natur und den Charakter der gesamten psychischen Erkrankung, auf die Ätiologie, Entwicklung, Verlauf und Ausgang derselben legt, wo demnach nur die sich auf lange Zeit erstreckende Beobachtung die sichere Diagnose ermöglicht, und Studium, Fixierung und feinere Differenzierung gewisser Eigentümlichkeiten mitunter sehr wertvolle Stützpunkte zu liefern imstande sind. Derselbe Wert gebührt ferner

diesen Untersuchungen auch in jenen Fällen, in welchen die in den Vordergrund tretenden bunten Erscheinungen den Grundcharakter der Krankheit verdecken, verblassende Symptome das Erkennen erschweren oder die Bestrebung des Dissimulierens Halluzinationen, Illusionen und Wahnbildungen vorsichtig verbirgt.

Die anfangs etwas skeptisch aufgenommene und in ihrem Werte von mancher Seite zu sehr überschätzte Psychoanalyse, die assoziativ-diagnostische Methode bringt langsam immer mehr wertvolle Daten auf die Oberfläche. Namentlich derjenige wird diese Methode besonders würdigen, welcher sich ohne Vorurteil in die kritische Sichtung der auf Grund zahlreicher Untersuchungen erhaltenen Resultate vertieft und dann zur Erkenntnis jener feineren Charakterzüge gelangt, welche bei den einzelnen Fällen hervortreten.

Bei den Assoziationsuntersuchungen wird zumeist die Wortmethode, und zwar als akustischer Reiz benutzt, wobei bekanntlich die Versuchsperson auf ein zielbewußt zusammengestelltes und einzeln zugerufenes Reizwort sofort und ohne Nachdenken gerade mit jenem Worte (oder Phrase) reagiert, welches ihr eben in den Sinn kommt. Es werden hierzu meist kurze, ein- oder zweisilbige Worte benutzt, um eine künstliche Verlängerung der Reaktionzeit zu vermeiden und um die Unmittelbarkeit und Reinheit des assoziativen Zusammenhanges nicht zu beeinträchtigen, was gerade bei längeren Worten durch die Einzelwirkung der Bestandteile leicht der Fall sein könnte.

Wohl haben *Jung* [1]), *Isserlin* [2]) und insbesondere *Gregor* [3]) die Mängel dieser Methode, der Durchführung solcher Assoziationsuntersuchungen und ihrer Ergebnisse mit scharfer Kritik beleuchtet, immerhin aber beweisen die Daten der diesbezüglichen Literatur und die an Hand zahlreicher Fälle gesammelten Erfahrungen, daß die Assoziationsuntersuchungen sehr häufig wichtige Stützpunkte bieten, um Charakter der Individualität und psychischen Erkrankung, Art der Stimmung, Auffassung- und Erinnerungfähigkeit, die geistige Ermüdbarkeit, die Verwirrtheit, die Hemmung und den Grad der Intelligenz beurteilen zu können, andererseits aber auch, um verborgene Wahnideen, Halluzinationen und Illusionen erkennen zu

[1]) *Jung*: Diagnostische Assoziationsstudien. Journ. f. Psychol. u. Neurol. Bd. 3, 4, 5, 6, 8, 9.

[2]) *Isserlin*: Psychologische Untersuchungen an Manisch-Depressiven. Mtschr. f. Psych. u. Neurol. 1907, Bd. 22.

[3]) *Gregor*: Leitfaden d. experiment. Psychopathologie. Berlin 1910.



können. Sehr treffend bemerkt *Bleuler*: „So spiegelt sich in der Assoziationstätigkeit das ganze psychische Sein der Vergangenheit und der Gegenwart mit allen seinen Erfahrungen und Strebungen. Sie wird dadurch zu einem Index für alle psychischen Vorgänge, den wir nur zu entziffern brauchen, um den ganzen Menschen kennen zu lernen.“

Trotz eventueller Einwände und Bedenken habe ich bei meinen zu beschreibenden Untersuchungen längere Reizworte und Sätze gewählt; der Grund liegt darin, daß ich den Einfluß auf die Assoziation und den etwaigen diagnostischen Wert solcher Reizworte beobachten wollte, welche geeignet sind, Affektzustände hervorzurufen, zugleich wollte ich erfahren, welcher Unterschied zwischen einem einfachen Reizworte und einem Reizsatze, also einem Vorstellungkomplex, bestände. Zur Auslösung von Affektzuständen geeignete Reizworte hat auch *Sommer* angewendet und berichtet über die Reaktionen auf dieselben in seinem obenerwähnten Lehrbuche; doch unterscheidet sich meine Versuchanordnung von der seinigen einerseits darin, daß ich nicht bloß Worte, sondern auch Sätze anwendete, andererseits besteht auch darin ein Unterschied, daß ich als Reizworte solche wählte, welche bei den die hauptsächlichsten Stimmungnuancen zum Ausdrucke bringenden Krankheitformen zumeist fast schablonenhaft vorkommen, welche Worte ich dann noch in ganze Sätze vereinigte, resp. zusammenfaßte, und zwar womöglich in der Weise, wie dieselben in den gewöhnlichen Phrasen solcher Geisteskranken zum Ausdrucke gelangen. Die Worte und Sätze der ersten Gruppe entnahm ich der Phraseologie des depressiven, diejenigen der zweiten Gruppe aus den Ausdruckweisen des exaltierten, manischen Zustandbildes, während die dritte Gruppe solche Worte und Sätze enthält, welche zur Auslösung von Stimmungen oder Affekten gar nicht oder bloß in ganz geringem Maße geeignet sind.

Es sind dies die folgenden:

A. Reizworte. — I. Worte, welche gedrückte Stimmung hervorrufen: 1. Traurigkeit. 2. Schmerz. 3. Leiden. 4. Unglück. 5. Elend. 6. Bettelstab. 7. Beerdigung. 8. Grab. 9. Tod. 10. Sünde. 11. Strafe. 12. Verachtung. — II. Worte, welche freudige Stimmung hervorrufen: 1. Gute Laune. 2. Freude. 3. Gelächter. 4. Glück. 5. Reichtum. 6. Vermögen. 7. Unterhaltung. 8. Hochzeit. 9. Tanz. 10. Langlebigkeit. 11. Belohnung. 12. Auszeichnung. — III. Indifferente Worte: 1. Haus. 2. Stube. 3. Garten. 4. Hof. 5. Spiegel. 6. Spaten. 7. Schuh. 8. Tischtuch. 9. Kiesel. 10. Kot. 11. Bach. 12. Schnee.



B. Sätze. — I. Um gedrückte Stimmung auszudrücken: 1. Mein Leben ist traurig. 2. Mein Herz schmerzt so sehr. 3. Ich habe viel zu leiden. 4. Wie bin ich unglücklich! 5. Nur Elend bringt mir mein Leben. 6. Der Bettelstab steht mir bevor. 7. Es wäre das Beste, wenn man mich begraben würde. 8. Bereitet ein tiefes Grab. 9. Wenn nur schon der Tod käme. 10. Ich habe eine große Sünde begangen. 11. Ich verdiene die Strafe. 12. Jedermann verachtet mich bereits. — II. Um freudige Stimmung auszudrücken: 1. Mein Leben bringt mir nur gute Laune. 2. Ich bin voll Freude. 3. Ich könnte fortwährend lachen. 4. Wie bin ich glücklich! 5. Ich werde noch sehr reich sein. 6. Ich werde ein solches Vermögen haben, wie niemand sonst. 7. Und nun folgt lauter Unterhaltung. 8. Eine Hochzeit wird das Ende sein. 9. Wir werden viel tanzen. 10. Das Beste ist ein langes Leben. 11. Ich werde eine große Belohnung erhalten. 12. Jedermann wird mich auszeichnen. — III. Indifferente: 1. In einer großen Stadt gibt es viele Häuser. 2. Es ist gleich, ob die Stube groß oder klein ist. 3. Es sind keine Blumen mehr im Garten. 4. Der Hof wurde umzäunt. 5. Wir haben den Spiegel mit dem Rahmen gekauft. 6. Die Leute sind mit Spaten auf das Feld gegangen. 7. Der Schuhmacher macht viele Schuhe. 8. Das Tischtuch ist bereits auf dem Tische. 9. Man hat viele Kiesel auf die Straße gebracht. 10. Im Herbst ist der Kot groß. 11. Das Wasser des Baches ist ausgetrocknet. 12. Im Winter fällt viel Schnee.

Auf Grund des eingangs Gesagten könnte bemängelt werden, daß ich mehrsilbige Worte und ganze Sätze angewendet habe, doch muß ich gleich betonen, daß ich das Hauptgewicht auf den Inhalt der Reaktionen und die Stimmung gelegt habe und dieselben als Reagenzmittel zur Erforschung des pathologischen Seelenlebens der untersuchten Person benutzen wollte. Es dürfte ferner auffallen, daß ich in den Rufworten und Sätzen verwandte Begriffe in mehreren (3) Formen anwende. Auch dies habe ich absichtlich getan, um im Falle, daß der Kranke auf das erste Rufwort nicht genügend reagieren sollte, ihn bei der zweiten oder dritten Wiederholung quasi zu einer entsprechenden Resonanz seines Gemütslebens zu zwingen.

Ferner möchte ich noch betonen, daß die Untersuchungen in ungarischer Sprache erfolgten, und so die in deutscher Übersetzung wiedergegebenen Worte weder buchstäblich, noch wörtlich dem Originale entsprechen, obwohl ich auf möglichst treue Wiedergabe großes Gewicht legte. Aus diesem Grunde vermag ich auch nicht die einzelnen Untersuchungen in allen Details mitzuteilen und begnüge mich bloß mit eingehender Wiedergabe einzelner Beispiele, weil die feineren Nuancen, welche die Untersuchungen ergaben, z. B. die Wortspiele, Wortergänzungen, Reime, Klangassoziationen, Bizarrheiten usw. bei der Dementia praecox sonst nicht genügend hervortreten würden. Wenn ich trotzdem die Ergebnisse meiner Beobachtungen mitteile, geschieht dies in der Ab-



sicht, die Aufmerksamkeit der Fachkreise auf derartige Versuche zu lenken, weil dieselben praktisch leicht durchführbar sind, und mitunter wertvolle diagnostische Daten liefern können.

Bei der Natur der von mir gewählten Rufworte und Sätze ist es schwierig, dieselben in irgendein Einteilungschema einzureihen, obwohl dies, wie ja auch *Isserlin* in seinen „Psychologischen Untersuchungen an Manisch-Depressiven" hervorhebt, nicht ganz unmöglich ist. Meine diesbezüglichen Ergebnisse decken sich so ziemlich mit den seinigen und denen anderer Untersucher. Im übrigen habe ich — wie bereits betont — nicht hierauf das Hauptgewicht gelegt, sondern auf die Reaktionen der Stimmung, und meine Untersuchungmethode aus diesem Grunde der Kürze halber Stimmungassoziation benannt, und auch die einzelnen Krankheitformen im Sinne der jeweiligen Stimmung zur Zeit der Untersuchung gruppiert.

Die Untersuchungen wurden in der Weise durchgeführt, daß die Untersuchungsperson nach entsprechender Unterweisung und Beruhigung aufgefordert wurde, auf die der Reihe nach verlesenen Worte und Sätze dasjenige zu antworten, was ihr im gegebenen Moment einfiele. Art, Form und Zahl der Antworten wurde nicht beschränkt. Die erhaltenen Antworten wurden wörtlich stenographiert oder, wenn möglich, niedergeschrieben. Bei den Untersuchungen haben mir stets dieselben, also in der Methodik bereits eingeübten, Assistenten, die Herren Dr. *Markus Goldberger*, Dr. *Josef Brenner* und Frau Dr. *Margarethe Dósai-Révész* assistiert. Die Reaktionzeit wurde mit der Fünftelsekundenuhr bestimmt. Natürlicherweise kann die Assoziationsuntersuchung nicht in allen Fällen gelingen, doch muß ich betonen, daß jene gewisse Befangenheit, welche die Geistesgesunden gegenüber der Persönlichkeit und Stellung des Untersuchers stets an den Tag legen, bei Geisteskranken weniger zum Ausdrucke gelangt.

In meiner Klinik beschäftigen wir uns mit solchen Untersuchungen bereits seit 1909, und zwar womöglich in verschiedenen Phasen der psychischen Erkrankung; über die Ergebnisse der ersten Untersuchungsgruppe habe ich bereits 1909 und 1910 in der ungarischen philosophischen Gesellschaft und in der physiologischen Sektion der ungarischen naturwissenschaftlichen Gesellschaft berichtet.

An dieser Stelle bespreche ich die Daten und Untersuchungsergebnisse, welche sich auf 99 Personen erstrecken. Darunter sind der



Berufstellung nach: 18 Dienstboten, Taglöhner und Landleute, 31 Handwerker und Angehörige solcher, 50 den gebildeteren Gesellschaftklassen angehörige Personen (Lehrer, Beamte, Ingenieure, Hochschüler, Lehrerinnen usw.).

Das Alter der untersuchten Personen war: 15—20 Jahre: 5 Männer, 18 Frauen; 21—25 Jahre: 7 M. 13 F.; 26—30 Jahre: 6 M. 5 F.; 31 bis 35 Jahre: 6 M. 7 F.; 36—40 Jahre: 2 M. 5 F.; 41—45 Jahre: 3 M. 3 F.; 46—50 Jahre: 1 M. 2 F.; 51—55 Jahre: 3 M. 4 F.; 56—60 Jahre: 4 F.; 61—65 Jahre: 2 F.; 66—70 Jahre: 2 F.; 76—80 Jahre: 1 F.

Zur Bestimmung des Mittelwertes der Reaktionzeiten habe ich das von *Kraepelin* vorgeschlagene Wahrscheinlichkeitmittel benutzt: „in jeder zusammen bearbeiteten Gruppe wurden die Zahlen nach der Größe geordnet und dann die mittelste Zahl dieser Gruppierung als Durchschnittzahl angesehen".

Diese Durchschnittzahl der Reaktionzeit ist aus den folgenden Tabellen ersichtlich:

Gedrückte Stimmung

	I.		II.		III.		Durchschnitt
	Wort	Satz	Wort	Satz	Wort	Satz	
	Melancholia.						
Fr. Adam B.	2,6	2,3	2,8	1,8	2,9	4,4	2,7
Fr. Alexander H.	7,—	3,6	3,—	4,2	2,2	3,1	3,3
Fr. Michael K.	3,2	4,—	2,5	3,9	2,6	2,4	2,9
Fr. Paul P.	4,8	8,—	9,8	10,5	11,2	11,1	10,1
Fr. Florian Z.	2,1	1,4	1,8	1,3	1,4	1,5	1,4
Fr. Michael Sz.	10,—	—	14,5	—	6,3	—	10,—
Fr. Joseph F.	4,9	1,8	5,5	1,8	3,2	3,7	3,5
Durchschnitt	4,8	3,—	3,—	2,9	2,9	3,4	3,—
	Manisch-depressives Irresein.						
Piroska A.	25,—	15,—	12,5	18,—	18,5	26,—	18,3
Joseph K.	1,3	2,—	1,2	3,5	1,2	1,6	1,5
Izabelle Z.	3,3	5,—	3,6	9,3	3,4	5,8	4,3
Durchschnitt	3,3	5,—	3,6	9,3	3,4	5,8	4,3
	Dementia praecox.						
Karl P.	14,—	13,7	13,5	12,6	7,7	7,2	13,—
Adele V.	3,—	4,—	3,6	3,3	4,6	3,6	3,5





	I.		II.		III.		Durchschnitt
	Wort	Satz	Wort	Satz	Wort	Satz	
Fr. Ludwig V.	4,8	6,1	5,8	5,2	3,6	7,8	5,5
Rudolph H.	6,5	17,1	15,5	11,6	18,3	10,3	13,6
Gisela K.	2,1	2,8	2,3	3,4	3,2	2,8	2,8
Martin F.	2,2	1,9	1,7	3,1	2,—	3,—	2,1
Durchschnitt	3,9	5,—	4,7	4,3	4,1	5,4	4,5
			Neurasthenia.				
Gedeon A.	6,5	4,1	4,1	4,1	3,—	2,7	4,1
Stephan M.	2,1	4,3	2,9	6,6	2,9	5,—	3,6
Durchschnitt	4,3	4,2	3,5	5,4	3,—	3,9	4,—
			Hysteria.				
Marie J.	3,9	1,6	2,1	1,9	2,1	2,3	2,1
Fr. Ladislaus F.	3,—	3,3	3,4	3,8	2,9	3,2	3,3
Susanna R.	10,—	4,8	5,6	6,3	4,9	4,5	5,3
Margaretha J.	1,8	2,2	2,—	2,—	1,8	1,6	1,9
Fr. Andreas Sz.	—	2,9	—	2,8	—	3,3	—
Vilma V.	2,2	3,—	2,5	3,—	3,—	3,2	—
Aurelia B.	1,9	2,8	2,3	2,4	1,8	2,5	2,4
Amalie B.	1,5	2,—	2,3	2,—	1,2	1,6	1,8
Isabelle F.	3,6	4,4	3,6	3,3	2,9	3,6	3,6
Irma D.	2,2	2,7	3,2	3,—	2,1	2,4	2,7
Sidonie F.	2,8	2,1	2,3	2,1	1,5	2,1	2,1
Marie K.	3,—	2,5	3,1	2,—	2,—	2,—	2,2
Helene K.	2,—	1,8	2,4	2,4	2,4	2,8	2,4
Durchschnitt	2,5	2,7	2,4	2,4	2,1	2,5	2,4
			Epilepsia.				
Fr. Joseph Cs.	8,5	7,8	6,1	—	4,2	—	7,—
Marie M.	3,—	2,7	3,2	3,—	2,—	3,—	3,—
Durchschnitt	5,8	5,2	4,7	3,—	3,1	3,—	4,2
			Dementia senilis.				
Rosa L.	3,7	4,2	3,5	4,7	4,5	6.1	4,4
Fr. Armin V.	1,7	1,9	2,6	1,9	1,2	3,3	1,9
Fr. David A.	4,—	3,4	3,2	4,—	2,4	5,—	3,8
Durchschnitt	3,7	3,4	3,2	4,—	2,4	5,—	3,6

Gehobene Stimmung

	I. Wort	I. Satz	II. Wort	II. Satz	III. Wort	III. Satz	Durchschnitt
	Manisch-depressives Irresein.						
Sara D.	3,1	1,9	4,1	3,7	4,6	2,4	3,4
Georg P.	3,—	1,7	3,2	2,2	3,1	2,4	3,—
Fr. Nathan W.	1,4	1,4	1,3	1,2	1,4	1,5	1,4
Klara M.	1,5	1,4	1,6	1,8	1,9	2,—	1,7
Marie P.	1,9	1,4	2,—	2,1	1,7	1,7	1,8
Aurelie P.	1,5	1,4	1,5	1,4	1,2	1,7	1,5
Bertha P.	3,6	2,8	3,2	3,8	2,4	4,—	3,4
Aurelie H.	2,5	2,1	3,1	1,7	3,3	2,—	2,3
Olga S.	2,4	1,6	2,—	1,8	1,9	2,—	1,9
Durchschnitt	2,4	1,6	2,2	2,2	2,1	2,—	2,1
	Dementia praecox.						
Stephanie J.	2,—	4,1	3,8	3,—	3,1	3,5	3,3
Andreas B.	1,2	1,7	1,6	1,7	1,4	1,2	1,5
Koloman K.	2,5	3,3	2,3	2,9	2,9	3,7	2,9
Alexander O.	1,—	3,2	2,2	2,5	1,5	2,3	2,2
Joseph R.	1,2	2,3	1,6	2,1	2,—	1,9	1,9
Izso V.	1,8	2,3	1,6	2,1	1,9	1,8	1,9
Ida R.	1,9	1,6	1,8	1,8	1,8	1,5	1,8
Ibolya D.	2,9	1,6	4,5	2,—	2,3	1,2	2,2
Adalbert B.	3,—	2,8	2,6	3,2	3,1	2,9	2,9
Durchschnitt	1,9	2,3	2,2	2,1	2,3	1,9	2,1
	Amentia.						
Fr. Ladislaus M.	1,6	2,—	2,1	2,3	1,6	2,1	2,1
Fr. Joseph Sz.	1,5	2,—	1,9	2,2	1,9	2,4	1,9
Marie B.	1,8	1,6	1,9	1,4	1,8	1,2	1,7
Fr. Julius Ch.	2,—	1,—	1,8	1,7	2,6	1,6	1,8
Durchschnitt	1.7	1,8	1,9	1,9	1,9	1,8	1,8
	Dementia paralytica.						
Thomas D.	1,2	1,8	1,4	2,—	1,3	2,—	1,6
Taksony H.	1,—	1,4	1,8	1,2	1,8	1.6	1,5
Stephan Cs.	1,6	1,4	1,7	1,8	2,3	1,4	1,6
Adalbert L.	1,8	1,4	1,6	1,5	1,8	2,—	1,7
Adalbert K.	2,—	1,9	1,8	2,7	1,8	1,9	1,9
Philipp N.	2,7	2,4	2,3	2,—	4,—	2,3	2,4
Durchschnitt	1,7	1,6	1,8	1,9	1,8	2,—	1,8



	I. Wort	I. Satz	II. Wort	II. Satz	III. Wort	III. Satz	Durchschnitt
			Dementia senilis.				
Fr. Franz Sch.	2,2	1,3	2,5	1,2	1,7	0,9	1,5
Fr. Jakob K.	1,9	1,6	1,7	1,6	2,2	1,3	1,6
Fr. Abraham K.	2,2	3,5	3,4	2,8	2,6	3,2	3,—
Durchschnitt	2,2	1,6	2,5	1,6	2,2	1,3	1,9
			Imbezillität.				
Ernest K.	4,9	1,3	4,8	1,6	3,6	2,—	2,8
Elisabeth P.	2,8	3,—	3,9	3,—	4,—	2,6	3,—
Adalbert R.	1,8	1,6	1,8	1,8	2,1	2,—	1,8
Durchschnitt	2,8	1,6	3,9	1,8	3,6	2,—	2,4
			Epilepsia.				
Regina B.	9,1	3,8	5,—	3,3	5,—	3,9	4,6
Nandor M.	2,9	2,4	2,8	2,5	2,7	3,6	2,8
Durchschnitt	6,—	3,1	3,9	3,9	3,8	3,7	3,8
			Paranoia.				
Fr. Mar. W.	1,4	1,2	1,6	2,2	1,2	2,4	1,5

Indifferente Stimmung

	I. Wort	I. Satz	II. Wort	II. Satz	III. Wort	III. Satz	Durchschnitt
			Hysteria.				
Fr. Ludwig F.	2,2	2,9	1,6	2,4	1,4	1,9	2,—
Marie P.	4,5	3,—	5,5	2,7	4,2	2,5	4,5
Durchschnitt	3,4	3,—	3,5	2,6	2,8	2,2	2,9
			Dementia praecox.				
Ella H.	7,3	13,3	10,—	11,3	5,5	8.3	9.2
Laurentius G.	3,1	3,2	7,5	5,6	4,3	5,3	4,8
Elisabeth S.	3,7	4,9	4,7	3,6	5,2	—	4,7
Risa Sch.	3,3	3,4	7,5	3,—	3,8	3,—	3,4
Olga J.	4,8	20,—	3,9	12,5	3,—	8,3	6,5
Ida H.	4,6	5,1	3,6	4,8	4,1	6,1	4,7
Wilhelm B.	3,—	3,3	3,—	5,2	3,2	3,—	3,1
Moriz E.	2.2	4.3	1.8	4.6	1,4	3.6	2,9
Durchschnitt	3,5	4,6	4,3	5,—	4,—	5,3	4.5



	I.		II.		III.		Durchschnitt
	Wort	Satz	Wort	Satz	Wort	Satz	
	Dementia paralytica.						
Emerich S.	2,2	2,5	1,8	2,3	2,9	2,2	2,3
Anton R.	2,5	2,—	2,1	1,8	2,2	2,9	2,1
Ludwig E.	3,9	2,—	2,8	2,3	3,8	2,9	2,9
Durchschnitt	2,5	2,—	2,1	2,3	2,9	2,4	2,4
	Psychosen nach organischen Erkrankungen						
Emma P.	3,—	5,5	3,—	11,5	8,5	10,6	7,—
Adolf T.	2,9	1,8	2,1	1,6	2,8	1,8	2,—
Durchschnitt	2,9	3,7	2,5	6,5	5,7	6,2	5,—
	Idiotismus.						
Adalbert K.	1,2	1,8	1,5	1,7	1,—	1,8	1,6
Johan F.	2,8	4,3	3,6	4,1	2,8	3,8	3,7
Elisabeth E.	4,4	2,5	4,4	2,—	6,5	4,3	4,3
Sara B.	3,—	4,—	4,4	3,8	3,1	3,5	3,6
Luise S.	7,—	2,4	2,—	3,2	4,—	3,9	3,5
Ludwig L.	1,5	1,5	1,4	1,7	1,4	1,2	1,5
Durchschnitt	3,7	2,5	2,8	2,6	3,—	3,7	2,9
	Paranoia.						
Fr. Karl E.	4,6	3,3	2,8	3,8	3,8	3,2	3,6
Fr. Daniel M.	2,3	2,—	2,6	2,—	2,—	1,9	2,—
Fr. Joseph N.	1,4	2,4	1,6	2,2	1,7	3,—	1,9
Eugen N.	1,6	1,9	1,6	2,2	1,2	2,2	1,8
Fr. Johann T.	2,3	2,9	2,3	2,8	3,—	2,6	2,7
Durchschnitt	2,3	2,4	2,3	2,2	2,—	2,6	2,3

In Übereinstimmung mit *Aschaffenburg*, *Jung* u. a. ist auch aus diesen Tabellen ersichtlich, daß die Reaktionzeit bei Depressionzuständen länger ist, kürzer bei indifferenter Stimmung und am kürzesten bei manischen Zuständen, doch ist die Reaktionzeit bei diesen letzteren nicht kürzer, als bei Normalen. Größer ist sie ferner bei ausgeprägterer Demenz, hingegen wechselt sie bei der Dementia praecox je nach dem Stadium der Erkrankung.

Hiernach betrachten wir nun einige Fälle, wobei ich betone, daß die mitzuteilenden Untersuchungen in dem das Krankheitbild dominierenden und angegebenen Stimmungzustande erfolgten.

I. Gedrückte Stimmung.

1. Frau F. Z., 66 jährig, Schuhmachergattin. Aufgenommen am 6. Oktober 1908. Erblich belastet. Die Krankheit begann mit Angstzuständen, Schlaflosigkeit, Herzklopfen; Pat. beging einen Selbstmordversuch und lebt seither in steter Angst, daß sie und ihre Tochter deshalb eingesperrt werden, ergeht sich in lebhaften Selbstanklagen. Status bei der Aufnahme: runzelige Gesichtshaut, Pupillen mittelweit, reagieren gut, Tremor in der belegten Zunge, Gesichtsinnervation normal. Arteriosklerose. Gedrückte Stimmung, schleppende Sprache, Pat. seufzt viel. Selbstanklagen, meint, daß sie eine große Sünde begangen habe und mit dem Suizidversuche ihre Seele dem Teufel verkauft hätte, fürchtet sich, daß sie nun ins Gefängnis gelangt. Auf den Knien fleht sie mit gefalteten Händen um Verzeihung. Dann klagt sie weinend, daß sie nicht mehr leben könne, ihr ganzer Körper sei verdorben, bittet, man möge sie niederschlagen oder fortlassen, damit sie sich in die Donau stürzen könne. Klagt über heftige Schmerzen und Sausen im Kopfe, ist lange Zeit schlaflos; später beruhigt sich Pat. langsam und wird am 8. Februar 1911 in gebessertem Zustande entlassen. Diagnose: senile Melancholie.

A. I.	R.-Z.	
1. Traurigkeit	4	Nur diese liebe ich.
2. Schmerz.	1,6	Ich möchte von hier loskommen.
3. Leiden.	1,4	Weil es mir schwer ist, so zu leben.
4. Unglück.	3	Ich bin wirklich unglücklich.
5. Elend.	2,2	Ich kann garnicht leben, weil ich nur leide.
6. Bettelstab.	12,6	
7. Beerdigung.	2	Sterben.
8. Grab.	2,2	Ich kann nicht weinen. (Ungarisch Grab = sír, sírni = weinen.)
9. Tod.	2	Das möchte ich, tot sein.
10. Sünde.	1,8	Ich bin sündhaft, das ist wahr.
11. Strafe.	1,6	Wäre schon genug.
12. Verachtung.	3,6	Darauf kann ich nicht antworten, ich bin verachtet.
	2,1	
II.		
1. Gute Laune.	1,6	Aber ich möchte sterben, habe mein Leben satt.
2. Freude.	1,4	Ich habe an nichts mehr Freude.
3. Gelächter.	2,2	Das gibt's: man verlacht und verspottet mich.
4. Glück.	2,4	Ich bin nur unglücklich, nicht glücklich.
5. Reichtum.	2	Ich habe keinen Reichtum, ich bin arm.
6. Vermögen.	1,4	Das auch.
7. Unterhaltung.	1,0	Gibt's nicht.



8. Hochzeit.	1,4	Auch das nicht.
9. Tanz.	1,4	Gibt's keinen.
10. Langlebigkeit.	2	Möchte lieber dort sein, wo das Leben kurz ist.
11. Belohnung.	2,6	Habe keine.
12. Auszeichnung.	—	
	1,6	

III.		
1. Haus.	3	Habe keines.
2. Stube.	1,4	Habe eine.
3. Garten.	2	Habe ich.
4. Hof.	1	Auch einen.
5. Spiegel.	1,6	Habe keinen.
6. Spaten.	1,4	Habe einen.
7. Schuh.	2,4	Habe ich auch.
8. Tischtuch.	1	Sehe keines.
9. Kiesel.	2,4	Gibt es unten genug.
10. Koth.	1,8	Gibt es, wenn es schneit.
11. Bach.	1,2	Gibt es auch.
12. Schnee.	1,4	Ist jetzt keiner.
	1,5	

B.

I.	R.-Z.	
1. Mein Leben ist traurig.	1,2	Sterben möchte ich.
2. Mein Herz schmerzt so sehr.	1,4	Kann weder essen noch trinken, weiß nicht, was aus mir werden wird.
3. Ich habe viel zu leiden.	1,8	Wirklich sehr viel.
4. Wie bin ich unglücklich.	-1,4	Ja, das bin ich.
5. Nur Elend bringt mir mein Leben.	1,4	Wirklich, weil ich nicht weiß, was ich tun soll.
6. Der Bettelstab steht mir bevor.	3,0	Das wirklich schon.
7. Es wäre das Beste, wenn man mich begraben würde.	1,6	Hätte ich schon gerne.
8. Bereitet ein tiefes Grab.	2,4	Erwarte ich zu jeder Stunde.
9. Wenn nur schon der Tod käme.	1,0	Hätte ich lieber ja wie nein.
10. Ich habe eine große Sünde begangen.	1,0	Habe eine begangen, das ist wahr.
11. Ich verdiene die Strafe.	1,8	Gewiß.
12. Jedermann verachtet mich bereits.	1,4	Jeder verachtet mich, habe niemand.
	1,4	

II.	R.-Z.	
1. Mein Leben bringt mir gute Laune.	4,0	Ja, Traurigkeit, nicht gute Laune.



2. Ich bin voll Freude.	1,0	Voll Traurigkeit.
3. Ich könnte fortwährend lachen.	1,0	Ja, weinen.
4. Wie bin ich glücklich.	1	Ja, unglücklich bin ich, nicht glücklich.
5. Ich werde noch sehr reich sein.	2,4	Ja! unter der Erde.
6. Ich werde ein solches Vermögen haben wie niemand sonst.	2,2	Gar nichts.
7. Und nun folgt lauter Unterhaltung.	1,2	Für mich nicht mehr.
8. Eine Hochzeit wird das Ende sein.	1,4	Unter der Erde.
9. Wir werden viel tanzen.	1,2	Ich nicht mehr.
10. Das Beste ist ein langes Leben.	1,0	Ja, ja! Besser unter der Erde als ein langes Leben.
11. Ich werde eine große Belohnung erhalten.	1,8	Weiß gar nichts von meiner Belohnung.
12. Jedermann wird mich auszeichnen.	1,4	Weiß nicht, wer mich auszeichnen würde.
	1,3	

III.

1. In einer großen Stadt gibt es viele Häuser.	1,6	Gibt es wohl, man sieht ja nichts anderes.
2. Es ist gleich, ob die Stube groß oder klein ist.	2,6	Mir bleibt es gleich, ob sie klein oder groß ist.
3. Es sind keine Blumen mehr im Garten.	1,2	Ich habe keine, für mich gibt es keine.
4. Der Hof wurde umzäunt	1,4	Ich weiß nicht, ob er umzäunt ist, ich kann ja nicht hinaus.
5. Wir haben den Spiegel mit dem Rahmen gekauft	1,8	Ohne Rahmen kann man nicht.
6. Die Leute sind mit Spaten auf das Feld gegangen.	1,2	Die hinausgegangen sind, aber ich nicht.
7. Der Schuhmacher macht viele Schuhe.	1,4	Ja, das macht er.
8. Das Tischtuch ist bereits auf dem Tische.	1,8	Man braucht nur zu essen.
9. Man hat viele Kiesel auf die Straße gebracht.	1,2	Wirklich, dort gibt es genug.
10. Im Herbst ist der Kot groß.	1,2	Wann es regnet oder der Schnee schmilzt.

11.	Das Wasser des Baches ist ausgetrocknet.	1,8	Das weiß ich nicht, weil ich es nicht gesehen habe.
12.	Im Winter fällt viel Schnee.	2,0	Wirklich, manchmal fällt viel.
		1,5	

2. Isabella F., 26 jährig, Beamtin, aufgenommen am 11. September 1909. Pat. ist erblich belastet, war stets reizbarer Natur. 1906 beging sie im Amte einige Unregelmäßigkeiten, weshalb gegen sie das Strafverfahren eingeleitet wurde. Seither ist Pat. nervös, leidet an Kopfschmerzen und Schlaflosigkeit, hat ein Druckgefühl in der Herzgegend, Parästhesien in den Armen und Beinen, die Empfindlichkeit an der rechten Körperhälfte ist mitunter vermindert, und wenn sie bei solcher Gelegenheit steht, fühlt sie mit dem rechten Fuße nicht den Boden. Häufige schreckhafte Träume, sieht hierbei verzerrte männliche und weibliche Gestalten, welche sich in Löwenköpfe verwandeln, dann wieder erscheinen ihr Särge und Skelette. Zeitweise übertreibt sie, zeigt ein geziertes Benehmen, ergeht sich in fortwährend wechselnden Klagen, trachtet stets die Aufmerksamkeit auf sich zu lenken; im übrigen ist sie besonnen und gut orientiert. Zweimal hatte Pat. mit Bewußtlosigkeit verbundene Anfälle. Stimmung zumeist gedrückt, sorgt sich um ihr Schicksal, ist aber leicht aufzuheitern, in welchem Falle sie lächelt und mit ihren Genossinnen scherzt. Pupillen gleich, reagieren gut. Feinschlägiger Tremor in den Händen. Kniereflex lebhaft, bei Auslösung desselben erzittert der ganze Körper. Hyperästhesie der rechten Körperhälfte. Gesichtsfeld rechts oben und unten eingeengt. Diagnose: Hysterie.

A.	I.	R.-Z.	
1.	Traurigkeit.	3	Mein Gott! was kann ich darauf antworten?
2.	Schmerz.	2,6	Seelenschmerz.
3.	Leiden.	2,6	Das Leiden der Menschen
4.	Unglück.	8	Das Unglück de Menschen.
5.	Elend.	8,2	Elend, ,das Geld ist das Elend. (Pat. hat defraudiert.)
6.	Bettelstab.	1,6	Bettelstab der Armut.
7.	Beerdigung.	3,2	Die Beerdigung der Menschen.
8.	Grab.	10,6	Grab, das Grab unserer Dahingeschiedenen.
9.	Tod.	7,6	Ewiger Tod.
10.	Sünde.	9	Seelische Sünde.
11.	Strafe.	3	Körperliche Strafe.
12.	Verachtung.	4	Körperliche Verachtung.
		3,6	
	II.		
1.	Gute Laune.	2,2	Möchte ich erreichen.
2.	Freude.	2,2	Auch freuen möchte ich mich.



3. Gelächter.	10,6	Äußerung der frohen Laune.
4. Glück.	3,6	Wenn den Menschen etwas betrifft, was man Freude nennen kann.
5. Reichtum.	3	Vermögen, Macht des Vermögens.
6. Vermögen.	9	Man erbt das Vermögen.
7. Unterhaltung.	1,6	Zerstreuung.
8. Hochzeit.	15	Freudigkeit.
9. Tanz.	1,6	Unterhaltung.
10. Langlebigkeit.	3,6	Ist schrecklich schmerzlich.
11. Belohnung.	4,2	Darauf kann ich nicht antworten.
12. Auszeichnung.	6	Wenn man sich so gut aufführt, daß man ausgezeichnet wird.
	3,6	

III.		
1. Haus.	2	Bewohner.
2. Stube.	3	Schlafstube.
3. Garten.	1,8	Blumiger.
4. Hof.	2,6	Geflügel.
5. Spiegel.	12,6	Der Spiegel des Menschen, oder z. B. der Spiegel der Seele.
6. Spaten.	7,6	Guter Spaten.
7. Schuh.	2,6	Lederschuh.
8. Tischtuch.	2,8	Leinentischtuch.
9. Kiesel.	30	Straßenkiesel.
10. Kot.	6	Weich.
11. Bach.	1,6	Rascher Bach.
12. Schnee.	3	Brei.
	2,9	

B. I.	R.-Z.	
1. Mein Leben ist traurig.	4,2	Meines ist traurig.
2. Mein Herz schmerzt so sehr.	16	Auch das Meinige schmerzt.
3. Ich habe viel zu leiden.	1,4	Ich muß sehr viel leiden.
4. Ach wie bin ich unglücklich.	3,2	Vielleicht gibt es niemand Unglücklicheren wie ich.
5. Nur Elend bringt mir mein Leben.	5	Mein Los ist nur Traurigkeit.
6. Der Bettelstab steht mir bevor.	4,6	Den möchte ich vermeiden.
7. Es wäre das Beste, wenn man mich begraben würde.	2,8	Danach sehne ich mich schon lange.
8. Bereitet ein tiefes Grab.	13	Und vergeßt mich.



		R.-Z.	
9.	Wenn nur schon der Tod käme.	5,6	Ich erwarte ihn von Stunde zu Stunde.
10.	Ich habe eine große Sünde begangen.	2,8	Meines Wissens nicht.
11.	Ich verdiene die Strafe.	11	Ich leide unschuldig.
12.	Jedermann verachtet mich bereits.	3,4	Ich habe wenig gute Freunde.
		4,4	

	II.	R.-Z.	
1.	Mein Leben bringt mir gute Laune.	4	Meine Laune kann nur selten als solche bezeichnet werden.
2.	Ich bin voll Freude.	2,6	Für mich war es nie.
3.	Ich könnte fortwährend lachen.	2,2	Das tue ich selten.
4.	Ach wie bin ich glücklich.	5	Es gibt keine Unglücklichere wie ich.
5.	Ich werde noch sehr reich sein.	3,4	Das kann ich nie erreichen.
6.	Ich werde ein solches Vermögen haben, wie niemand sonst.	6,2	Habe ich nie behauptet.
7.	Und nun folgt lauter Unterhaltung.	1,2	Für mich nicht.
8.	Eine Hochzeit wird das Ende sein.	3,6	Wird nie der Fall sein.
9.	Wir werden viel tanzen.	3	Auch das werden wir nicht.
10.	Das Beste ist ein langes Leben.	4,4	Je kürzer das Leben, um so besser.
11.	Ich werde eine große Belohnung erhalten.	3,2	Kann ich nicht erhoffen.
12.	Jedermann wird mich auszeichnen.	4,4	Das verdiene ich nicht.
		3,3	

	III.	R.-Z.	
1.	In einer großen Stadt gibt es viele Häuser.	10	Darum liebe ich nicht die Stadt.
2.	Es ist gleich, ob die Stube groß oder klein ist.	2,4	Die kleine ist viel besser.
3.	Es sind keine Blumen mehr im Garten.	5,6	Sind schon verdorrt.
4.	Der Hof wurde umzäunt.	3,2	Mit Holzzaun, oder hölzernen Latten.



5. Wir haben den Spiegel mit dem Rahmen gekauft.	5	War recht teuer.
6. Die Leute sind mit Spaten auf das Feld gegangen.	3,4	Um die Frühjahrsarbeit zu besorgen.
7. DerSchuhmacher macht viele Schuhe.	3	Um ein Einkommen zu haben.
8. Das Tischtuch ist bereits auf dem Tische.	3	Aber die Suppe wurde noch nicht gebracht.
9. Man hat viele Kiesel auf die Straße gebracht.	10,6	Um die Straße egal zu machen.
10. Im Herbst ist der Kot groß.	3,8	Was mitunter recht unangenehm ist.
11. Das Wasser des Baches ist ausgetrocknet.	6,6	Man kann nicht darin baden.
12. Im Winter fällt viel Schnee.	2,8	Man kann nicht im Schlitten fahren.
	3,6	

3. Gisella K., 34 jährig, israelitische Beamtin. Ein Oheim mütterlicherseits war 8 Jahre in einer Irrenanstalt, Vater und ein mütterlicher Oheim starben infolge Gehirnschlags. Pat. ist seit dem 17. Lebensjahre stets kränklich und nervös, war immer exzentrisch veranlagt, dies bewiesen ihre Gedanken und Handlungen, immer hatte sie eine „fixe Idee", deren Inhalt 2—3 jährlich wechselte. Vor 5 Jahren verschlimmerte sich ihr Zustand. 1907 war sie bereits in einer Anstalt, betonte damals immer, daß sie der Teufel verfolge, sie zum Bösen verführen wolle, weshalb sie furchtbar lärmte und zum Fenster hinausspringen wollte. Später behauptete sie, der Gott sei ein böses Wesen und strebe nach dem Unheil der Menschheit. Am 15. November 1909 erfolgte ihre Aufnahme in die psychiatrische Klinik. Degenerationszeichen; Pupillen ohne Befund. Tremor manuum; Knie-, Achilles- und Bizepsreflexe leicht auslösbar. Dermographie mäßigen Grades. Zeitlich und örtlich wohl orientiert, gibt sie ihre Personalien genau an und verrät ziemlich umfangreiche Kenntnisse. So erzählt sie, daß in ihr bereits mit 17 Jahren der Gedanke auftauchte, daß man sie im Scheintode begraben werde, bald glaubte sie, ihre Mutter leide an Lungentuberkulose und werde sie (Patientin) infizieren. Pat. steht unter dem Einflusse lebhafter Halluzinationen und Wahnideen: Das böse Wesen, welches sich Gott nennt, quält sie fortwährend, verhindert sie am Denken und Sprechen, läßt seine Stimme entweder neben oder in ihr selbst ertönen. Anfänglich wirkte dies nur wie ein elektrischer Strom auf sie ein, später aber ertönte in ihr eine vernehmbare Stimme, welche sie zu verschiedenen Handlungen zwang. Dies Wesen hat die Menschen so konstruiert, daß diese es nicht erblicken können, während es

dieselben zu verderben trachtet. Sie selbst, sowie die Menschen seien aus Radium aufgebaut, und dadurch können sie alle so leicht beeinflußt werden. Tag und Nacht quäle sie das erwähnte Wesen, weil es in ihre Geheimnisse blicke, ihre Seele beiße, aus derselben Stücke herausreiße, dann wieder schlägt es sie mit einem Hammer, preßt sie zusammen, verdorrt sie, so daß sie in diesem Zustande nur in gebückter Haltung gehen könne; bei anderer Gelegenheit hebt dies Wesen sie fortwährend empor, so daß sie nur hüpfend zu gehen vermag. Selbst ihre größten Gönner seien gegen sie aufgehetzt, und der Gott habe ihre Eingeweide so präpariert, daß die Ärzte in denselben keinerlei Veränderungen nachweisen können. Pat. bittet flehentlich, man möge sie mit Röntgenstrahlen untersuchen, weil so ihre Krankheit erkannt werden könne. Dann wieder meint sie, sie müßte einen Arzt heiraten, welchen sie dann betrügen würde, damit er einen Ekel vor ihr bekäme. Pat. ist zeitweise sehr erregt, zieht sich abseits zurück, wirft sich zu Boden, oder liegt tagelang im Bette, ohne ein Wort zu sprechen. Bei anderer Gelegenheit ist sie ruhiger, spricht zusammenhängend. namentlich, wenn ihre Aufmerksamkeit nach irgendeiner Richtung abgelenkt wird; doch stockt sie zeitweise im Gespräche, horcht erregt auf das böse Wesen, welches ihre Stimme unterband und sie bedrohe. Diagnose: Dementia paranoides.

A. I.	R.-Z.	
1. Traurigkeit.	1,4	Besteht bei mir im größten Maße.
2. Schmerz.	1,4	Auch dieser, in dem Grade, wie ihn noch kein Wesen empfunden hat.
3. Leiden.	2,2	Darauf kann ich dasselbe sagen.
4. Unglück.	1,6	Alles das gleiche.
5. Elend.	1,2	Habe ich noch nicht kennen gelernt.
6. Bettelstab.	2,4	Steht ferne von mir.
7. Beerdigung.	2	(Lachend.) Wenn es nur je früher geschehen würde.
8. Grab.	1,4	Auch das.
9. Tod.	2,6	Wird bei mir nicht so sein, wie bei den anderen Leuten.
10. Sünde.	2,8	Belastet mich nicht.
11. Strafe.	4,6	Davon traf mich mehr, als verdient.
12. Verachtung.	3	Empfinde ich erst in der letzten Zeit, seit mich jenes Wesen beeinflußt.
	2,1	
II.		
1. Gute Laune.	2,2	Kenne ich nicht.
2. Freude.	1,6	Kenne ich auch nicht.
3. Gelächter.	1,4	Dies erst recht nicht.



4. Glück.	2,2	Ist schon ausgeschlossen.
5. Reichtum.	3,2	Dieser nützt mir garnichts.
6. Vermögen.	1	Auch dieses nicht.
7. Unterhaltung.	2,8	Kenne ich auch nicht.
8. Hochzeit.	5,4	(Lachend.) Ich weiß nicht, was ich antworten soll.
9. Tanz.	1,8	In meiner Jugend hatte ich Anlage dazu
10. Langlebigkeit.	1,8	Davor bewahre mich das Schicksal.
11. Belohnung.	2	Dies wäre es für mich, wenn ich meine Behauptungen beweisen könnte.
12. Auszeichnung.	—	
	2,1	

III.

1. Haus.	2,8	Wir sind darin.
2. Stube.	1,8	In dieser sind wir.
3. Garten.	1,8	Ich sehne mich sehr in denselben.
4. Hof.	2,4	Gehört zu demselben.
5. Spiegel.	7,6 [1])	Garnichts fällt mir ein.
6. Spaten.	4	Nun beginne ich schon aufgeregt zu sein, „er“ läßt mich nicht ruhen — zur Erdarbeit.
7. Schuh.	4,6	Habe ich an mir.
8. Tischtuch.	3,6	Befindet sich auf dem Tische.
9. Kiesel.	2,4	Ist im Garten.
10. Kot.	3,6	Liebe ich nicht.
11. Bach.	3,8	Diesen liebe ich.
12. Schnee.	1,8	Fiel gestern zum ersten Male.
	3,2	

B. I.	R.-Z.	
1. Mein Leben ist traurig.	3,2	Das ist die größte Wahrheit.
2. Mein Herz schmerzt so sehr.	2	Es schmerzt, aber nicht von selbst. denn jenes Wesen quält mich.
3. Ich habe viel zu leiden.	7,6	(Aufseufzend.) Mehr, oh viel mehr, als je ein Wesen gelitten hat.
4. Ach, wie bin ich unglücklich.	3,4	Dies ist wahr.
5. Nur Elend bringt mir mein Leben.	2,2	Dieses ist stets das gleiche.
6. Der Bettelstab steht mir bevor.	7	Ich hoffe, nicht so weit zu kommen.

[1]) Während der protrahierten Reaktionszeit halluziniert die Kranke.



7. Es wäre das Beste, wenn man mich begraben würde.	3,6	Dies ist schon wahr.
8. Bereitet ein tiefes Grab.	2	Ist mir schon egal.
9. Wenn nur schon der Tod käme.	2	Ja, aber früher muß ich meine Behauptungen beweisen, weil sonst nicht nur mein Körper, sondern auch die Seele gestorben sein wird.
10. Ich habe eine große Sünde begangen.	2,4	Nicht eine einzige habe ich begangen.
11. Ich verdiene die Strafe.	1,6	Das war bloß eine Dummheit.
12. Jedermann verachtet mich bereits.	3,2	Ist schon beiläufig so.
	2,8	

II.

1. Mein Leben bringt mir gute Laune.	2,2	War nie der Fall.
2. Ich bin voll Freude.	2,4	Was soll ich darauf antworten?
3. Ich könnte fortwährend lachen.	6,6 [1]	Ich weiß gar nicht was das ist.
4. Ach wie bin ich glücklich.	3,4	Er läßt mich nicht ruhen, er quält mich.
5. Ich werde noch sehr reich sein.	2,8	Ich weiß nichts davon, ich kann nichts dazu tun.
6. Ich werde ein solches Vermögen haben wie niemand sonst.	5,6	Ich weiß nicht, was ich darauf antworten soll.
7. Und nun folgt lauter Unterhaltung.	3,4	Ich weiß nicht, was zu antworten, ich weiß nicht.
8. Eine Hochzeit wird das Ende sein.	7,4 [1]	Ach Gott! *Ich weiß nichts zu antworten.*
9. Wir werden viel tanzen.	3,4	Ich nicht.
10. Das Beste ist ein langes Leben.	5,2	Wenn die Menschen wüßten, wie sehr sie durch *jenes Wesen* erniedrigt sind, würden sie sich nicht nach einem langen Leben sehnen.
11. Ich werde eine große Belohnung erhalten.	—	—
12. Jedermann wird mich auszeichnen.	3,2	Es könnte der Fall sein, wenn man mir glauben würde, aber dies ist ausgeschlossen.
	3,4	

[1]) halluziniert lebhaft.

III.

1. In einer großen Stadt gibt es viele Häuser.	3	Auch auf solches soll ich antworten? Ja, wahrlich viele Häuser.
2. Es ist gleich, ob die Stube groß oder klein ist.	1,8	Es ist nicht gleich, eine größere ist besser.
3. Es sind keine Blumen mehr im Garten.	2,2	In dieser Jahreszeit nicht.
4. Der Hof wurde umzäunt.	3	Weshalb?
5. Wir haben den Spiegel mit dem Rahmen gekauft.	1,6	Es ist dies so Sitte.
6. Die Leute sind mit Spaten auf das Feld gegangen.	4	Die Landleute pflegen dies so zu tun.
7. Der Schuhmacher macht viele Schuhe.	2,6	So viele man bei ihm bestellt.
8. Das Tischtuch ist bereits auf dem Tische.	2	Auch das Mittagmahl ist dort.
9. Man hat viele Kiesel auf die Straße gebracht.	3,6[1])	Wahrscheinlich hatte man ihn nötig. *Aber jetzt gibt er mir schon alles auf die Zunge, was ich antworten soll.*
10. Im Herbst ist der Kot groß.	3	Oft auch im Winter.
11. Das Wasser des Baches ist ausgetrocknet.	2,2	Im Sommer pflegt es zu sein.
12. Im Winter fällt viel Schnee.	3	Mitunter.
	2,8	

4. Ethel V., 24 jährig, ledig, Steuereinnehmertochter. Eltern sind Geschwisterkinder, ein mütterlicher Oheim war nervös. Im Mai 1909 war sie schlaflos und hatte sexuelle Empfindungen. Beschäftigte sich viel mit dem Gedanken des Heiratens, wurde niedergeschlagen, zog sich zurück, verkehrte wenig mit ihrer Umgebung, war nachts immer nachdenkend. Später gesellten sich zu den erotischen Wahnideen auch hypochondrische, sie fürchtete sich, daß ihre Kehle verdorren werde, behauptete nicht atmen zu können, beschäftigte sich viel mit Suizidgedanken. Wurde am 1. Oktober 1909 zum erstenmal in die Klinik aufgenommen, wo sie zumeist deprimiert war, über sexuelle Aufregungen, Kopfschmerzen, allgemeine Parästhesien klagte, fürchtete, „Rückenmarkschwindsucht" zu bekommen, weil sie die Erscheinungen derselben an sich beobachten könne, bittet, man möge ihr Leiden mit einer Operation beseitigen. Im

[1]) halluziniert lebhaft.

übrigen war Pat. ziemlich komponiert, gab zusammenhängende Antworten. Am 12. April 1910 wurde sie in gebessertem Zustande entlassen, aber da sich ihr Zustand zuhause nach wenigen Monaten verschlechterte, und sie sich mit Suizidgedanken beschäftigte, ihre Eltern mit Vorwürfen überhäufte und auch tätlich bedrohte, weil dieselben sie nicht ärztlich behandeln, sondern elend verkommen ließen, wurde sie am 27. Februar 1911 neuerlich in die Klinik aufgenommen. Hier behauptet sie, daß sie nicht zum Aufräumen und zu häuslichen Arbeiten geboren wurde, sondern sie möchte etwas anderes. Sie beschäftigt sich viel mit Heiratgedanken, hat lebhafte sexuelle Aufregungen: wenn sie bei Nacht oder tagüber im Bette liegt, hat sie solche „Visionen", als ob ein Mann neben ihr liegen würde, versuchte auch die Masturbation, doch wurde sie davon nicht befriedigt. Klagt, daß sie infolge dieser Aufregungen verdorren müsse und zugrunde gehen werde, daß ihr Rückenmark immer weniger wird, daß ihre Beine schrumpfen und sie sterben muß. Zeitweise wird Pat. von lebhaften Halluzinationen und Illusionen gestört: bald sieht sie ihren Vater und Arzt, in deren Augen Frösche sind, bald springt sie aus dem Bette, weil sie sieht, daß man ihre Eltern in die Irrenanstnlt führt. Zu anderen Zeiten ist Pat. ziemlich beruhigt und benimmt sich besonnen. Diagnose: D e m e n t i a p a r a n o i d e s.

A. I.	R.-Z.	
1. Traurigkeit.	2,2	Liebe ich nicht.
2. Schmerz.	2,8	Kommt oft vor.
3. Leiden.	2,4	Ewig.
4. Unglück.	3,8	Ist überall.
5. Elend.	1,5	(Lachend.) Barmherzigkeit.
6. Bettelstab.	5	Ist überall.
7. Beerdigung.	3,2	Trauer.
8. Grab.	2,6	Tief.
9. Tod.	4	Unvermeidlich.
10. Sünde.	2	Böse.
11. Strafe.	2,8	Verdiene ich.
12. Verachtung.	3,6	Habe ich empfunden.
	3,0	
II.		
1. Gute Laune.	3	Ist das Beste.
2. Freude.	3,6	Liebe ich.
3. Gelächter.	2,4	Ist gesund.
4. Glück.	2	Ist wechselnd.
5. Reichtum.	3,6	Zufriedenheit.
6. Vermögen.	4	Ist viel wert.
7. Unterhaltung.	3,2	Angenehm.
8. Hochzeit.	40	(Lachend.) War nicht bei uns.
9. Tanz.	3	Bewegung.

10. Langlebigkeit.	18	Seltenheit.
11. Belohnung.	7	Verdiene ich.
12. Auszeichnung.	3	Ist eine schöne Gabe.
	3,4	

III.

1. Haus.	17	Es sind viele Häuser.
2. Stube.	4	Gut, wenn rein.
3. Garten.	5	Ein sehr angenehmer Ort.
4. Hof.	6,2	Gut, wenn geräumig.
5. Spiegel.	3	Glänzt.
6. Spaten.	4,2	Werzkeug.
7. Schuh.	4	Fein.
8. Tischtuch.	7,2	Rein.
9. Kiesel.	7,6	Ist auf dem Boden.
10. Kot.	4	Wenn es regnet.
11. Bach.	7	Teich.
12. Schnee.	2,2	Weiß.
	4,6	

B. I.

1. Mein Leben ist traurig.	4	Ist genau so.
2. Mein Herz schmerzt so sehr.	3,4	Immer.
3. Ich habe viel zu leiden.	4	Wird nie aufhören.
4. Wie bin ich unglücklich.	3,4	Das ist das Wahrste.
5. Nur Elend bringt mir mein Leben.	19	(Lachend:) Ich kann nichts antworten.
6. Der Bettelstab steht mir bevor.	11	Ich weiß es nicht.
7. Es wäre das Beste, wenn man mich begraben würde.	2	Hätte ich gerne.
8. Bereitet ein tiefes Grab.	2,2	Sofort.
9. Wenn nur schon der Tod käme.	3,6	Wäre das Beste.
10. Ich habe eine große Sünde begangen.	5	Glaube ich.
11. Ich verdiene die Strafe.	16	Die Umstände haben mich verdorben.
12. Jedermann verachtet mich bereits.	10	Das glaube ich.
	4,0	

II.

1. Mein Leben bringt mir gute Laune.	2,2	Im Gegenteile.
2. Ich bin voll Freude.	4	Ist nicht wahr.

3. Ich könnte fortwährend lachen.	7,6	Ich kann nicht.
4. Wie bin ich glücklich.	3	Das leugne ich.
5. Ich werde noch sehr reich sein.	3	Glaube ich kaum (lacht dabei).
6. Ich werde ein solches Vermögen haben wie niemand sonst.	9,4	Ich werde immer krank bleiben.
7. Und nun folgt lauter Unterhaltung.	2,8	Kann ich nicht glauben.
8. Eine Hochzeit wird das Ende sein.	2,6	Glaube ich nicht.
9. Wir werden viel tanzen.	3	Ich kann gar nicht mehr.
10. Das Beste ist ein langes Leben.	9,4	Ich wünsche es nicht.
11. Ich werde eine große Belohnung erhalten.	3,6	Ich weiß keinen Grund dazu.
12. Jedermann wird mich auszeichnen.	5	Glaube ich nicht (lacht dabei).
	3,3	

III.

1. In einer großen Stadt gibt es viele Häuser.	4,2	Weil viele Bewohner sind.
2. Es ist gleich, ob die Stube groß oder klein ist.	2,2	Eine große ist besser.
3. Es sind keine Blumen mehr im Garten.	4,2	Es ist noch zu früh dazu.
4. Der Hof wurde umzäunt.	9,4	Um nicht hineinsehen zu können.
5. Wir haben den Spiegel mit dem Rahmen gekauft.	2,6	Weil er so schön ist.
6. Die Leute sind mit Spaten auf das Feld gegangen.	2,8	Um zu arbeiten.
7. Der Schuhmacher macht viele Schuhe.	2,6	Dies ist sein Handwerk.
8. Das Tischtuch ist bereits auf dem Tische.	3	Wenn man es hingelegt hat.
9. Man hat viele Kiesel auf die Straße gebracht.	7,6	Damit kein großer Kot sei.
10. Im Herbst ist der Kot groß.	2,6	Weil es viel regnet.
11. Das Wasser des Baches ist ausgetrocknet.	5	Weil es sehr warm war.
12. Im Winter fällt viel Schnee.	4,2	Pflegt so zu sein.
	3,6	



Wie verschieden sind bei den geschilderten Depressionzuständen Form und Dauer der Reaktionen! Im ersten Falle (tatsächliche, primär entstandene Depression) zieht sich der schmerzliche Zug konsequent durch alle Assoziationsprozesse, nur die indifferenten Rufworte heben die Kranke ein wenig aus derselben hinaus, obwohl derselbe auch bei diesen zum Ausdrucke gelangt. Im zweiten Falle (Hysterie) geschieht dies eher nur indirekt, besonders bei den Rufsätzen, aber auch dort nicht konsequent. Hierbei äußert Pat. bei den Rufworten und -sätzen der zweiten Gruppe bloß den Wunsch und Sehnsucht danach, während die Kranke mit melancholischer Depression dagegen protestiert. Im dritten Falle (paranoide Form) fällt die durch Einfluß der Halluzinationen und Wahnideen entstandene Depression auf, welche dabei nicht so tief und anhaltend ist, wie im ersten Falle, und dabei lösen die einzelnen Rufworte sogar ein Lächeln aus. Bei derselben Kranken kommen die das Krankheitbild dominierenden Halluzinationen und Wahnideen in lebhafter Weise zum Ausdrucke. Auch im vierten Falle ist charakteristisch die symptomatische Depression, welche die pathologischen Empfindungen und Wahnideen hervorgerufen haben, und die Kranke zeigt in überaus lehrreicher Weise, daß die krankhafte Stimmung auf ganze Sätze weit besser reagiert, indem sie den Inhalt der ersten Gruppe zum größten Teile akzeptiert, den der zweiten leugnet oder dagegen protestiert. Schließlich spricht gegen die Tiefe der Depression die große Zahl der indifferenten Antworten und das die Reaktionen ganz unmotiviert begleitende Lachen.

II. Gehobene Stimmung.

5. Berta P., 19 jährig, Lehrertochter. Erste Aufnahme in die Klinik am 20. Mai 1905. Großvater mütterlicherseits verübte einen Selbstmord. Pat. absolvierte vier Bürgerschulen. Die Krankheit begann 4 Wochen vor ihrer Aufnahme, als ihr Vater ihrem Verlobten das Haus verboten hatte; sie wurde deprimiert, schlaflos, sprach wenig, zog sich von der Gesellschaft zurück, veränderte sich bald, handelte sinnlos und verwirrt, ging aufgeregt umher, riß sich die Kleider vom Leibe, sprach viel, war gegen alle aggressiv und unverträglich, sprang ausgelassen umher. Nach der Aufnahme verriet sie hochgradige motorische und psychische Aufregung, grimassierte, gestikulierte lebhaft, lachte und sang; starke Ideenflucht, inkohärente rasche Sprache und Verbigeration bildeten die übrigen Symptome. Später wich diese manische Phase einer Depression, danach zeigte sie sich vollkommen geordnet, gab zusammenhängende und ver-



nünftige Antworten, so daß sie am 19. September 1905 entlassen wurde. Auch zu Hause benahm sei sich vollständig geordnet, bis sich im Februar 1910 eine neuerliche Veränderung ihres Wesens einstellte, sie war abermals lustig, sang, debattierte mit jedem; wurde sie in ihren Handlungen behindert, zeigte sie sich aggressiv. Am 5. März 1910 wurde sie abermals in die Klinik gebracht, wo sie das Bild eines manischen Zustandes bot, doch ging dies bald in eine Depression über mit nachfolgendem stuporösen Zustande. Später Beruhigung mit Krankheiteinsicht und Entlassung am 11. Februar 1911. Diagnose: manisch-depressives Irresein.

A.	I.	R.-Z.	
1.	Traurigkeit.	2,4	Traurigkeit, jetzt soll ich einen Ton sagen.
2.	Schmerz.	—	(Pfeift.)
3.	Leiden.	5	Was soll ich antworten?
4.	Unglück.	—	(Winkt mit dem Kopfe.)
5.	Elend.	3	Ich war nie im Elend.
6.	Bettelstab.	3,6	Habe nie einen in der Hand gehabt; ist's erlaubt, ich achte ja hin.
7.	Beerdigung.	3	Ja, der Papierkorb ist eine geflochtene Sache.
8.	Grab.	4	Darf ich dies ansehen?
9.	Tod.	3	Ich, Tod!
10.	Sünde.	4	Bedrückt nicht meine Seele.
11.	Strafe.	14	Aber nein, Doktorchen.
12.	Verachtung.	2,6	Jawohl!
		3,6	
	II.		
1.	Gute Laune.	4,6	Jetzt steige ich hinab.
2.	Freude.	2.2	Jawohl, Freude.
3.	Gelächter.	2,6	Gut (klatscht mit den Händen).
4.	Glück.	5	Ich möchte gerne dorthin gehen.
5.	Reichtum.	3,2	-tum, -tum.
6.	Vermögen.	8	(Pfeift.)
7.	Unterhaltung.	—	
8.	Hochzeit.	2,2	(Pfeift und macht Tanzbewegungen.)
9.	Tanz.	1,4	Ich möchte tanzen.
10.	Langlebigkeit.	2,6	Nie denke ich daran, kommt er mich holen, so gehe ich.
11.	Belohnung.	5	Bah! (Zuckt mit den Schultern.)
12.	Auszeichnung.	—	
		3,2	
	III.		
1.	Haus.	2.2	(Antwortet deutsch): Haus.
2.	Stube.	3	(Antwortet deutsch): Haus.



3. Garten.	2	Könnte auch eine Stube sein.
4. Hof.	2,4	Dürfte ich vielleicht so?
5. Spiegel.	—	(Pfeift.)
6. Spaten.	—	(Macht mit Finger Klavierspielbewegungen.)
7. Schuh.	2,8	Dies ist aber so.
8. Tischtuch.	2,4	Aber ein schäbiges Tischtuch, oder ein schlechtes Tischtuch! Ich möchte lieber dahin aufmerken.
9. Kiesel.	1,6	Ja.
10. Kot.	3,2	Ich blicke in den Augapfel.
11. Bach.	4,2	Bach.
12. Schnee.	2	Schnee.
	2,4	

B. I.

1. Mein Leben ist traurig.	4,2	Meines gewiß nicht.
2. Mein Herz schmerzt so sehr.	3,2	Weshalb? (lacht).
3. Ich habe viel zu leiden	3,2	(Schüttelt verneinend den Kopf.)
4. Ach, wie bin ich unglücklich.	3,2 3,2	(Winkt verneinend mit der Hand.)
5. Nur Elend bringt mir mein Leben.	2	Könnte ich auch nicht behaupten.
6. Der Bettelstab steht mir bevor.	2,2	Ah! das ist gewiß nicht wahr.
7. Es wäre das Beste, wenn man mich begraben würde.	2,8	Ich wünsche gar nicht zu sterben, das lasse ich als letztes.
8. Bereitet ein tiefes Grab.	6,6	Nur vorher.
9. Wenn nur schon der Tod käme.	2,2	Ich ersehne ihn nicht im geringsten.
10. Ich habe eine große Sünde begangen.	1,4	Ich habe gewiß nie eine begangen.
11. Ich verdiene die Strafe.	1,4	(Schüttelt den Kopf verneinend.)
12. Jedermann verachtet mich bereits.	2,8	Seit man mich vor drei Tagen heraufbrachte, habe ich den Vater nicht gesehen.
	2,8	

II.	R.-Z.	
1. Mein Leben bringt mir gute Laune.	1,8	Das wohl, ist schon wahr.
2. Ich bin voll Freude.	5,8	Ich dekliniere ein wenig.



3. Ich könnte fortwährend lachen.	5	(Nickt mit dem Kopfe, macht Tanzbewegungen.)
4. Ach wie bin ich glücklich.	6	Ja.
5. Ich werde noch sehr reich sein.	2,8	Darum kümmere ich mich nie, ob ich es sein werde oder nicht.
6. Ich werde noch solches Vermögen haben wie niemand sonst.	2	Aha! jetzt mein Haar, niemand auf Erden.
7. Und nun folgt lauter Unterhaltung.	1,4	Ist möglich (lächelt).
8. Eine Hochzeit wird das Ende sein.	1,4	(Macht mit Fingern Bewegungen des Klavierspielens.)
9. Wir werden viel tanzen.	1,4	(Nickt bejahend.)
10. Das Beste ist ein langes Leben.	4,8	Wenn uns der Tod holt, können wir nichts tun.
11. Ich werde eine große Belohnung erhalten.	6,4	Ich spiele nur Klavier, es ist eingeführt.
12. Jedermann wird mich auszeichnen.	6,4	(Spielt mit ihrem Haar.)
	3,8	

III.	R.-Z.	
1. In einer großen Stadt gibt es viele Häuser.	2,2	(Antwortet deutsch): Haustier.
2. Es ist gleich, ob die Stube groß oder klein ist.	2	Das ist aber nicht gleich.
3. Es sind keine Blumen mehr im Garten.	7	Ich schaue lieber hinaus, was zu sehen ist, ein B. (kokettiert).
4. Der Hof wurde umzäunt.	5,2	Ich blicke doch lieber auf den kleinen Doktor.
5. Wir haben den Spiegel mit dem Rahmen gekauft.	5,8	Das ist doch natürlich, wir haben ihn immer so gekauft.
6. Die Leute sind mit Spaten auf das Feld gegangen.	5	Ich spiele bloß Klavier.
7. Der Schuhmacher macht viele Schuhe.	2,8	Nun, das ist doch natürlich!
8. Das Tischtuch ist bereits auf dem Tische.	3,8	Wenn man es hingegeben hat, dann ist es dort.
9. Man hat viele Kiesel auf die Straße gebracht.	3,8	(Macht Bewegungen des Klavierspielens.)
10. Im Herbst ist der Kot groß.	4,2	Im Winter ist er groß, doch auch im Frühjahr und im Winter.



11. Das Wasser des Baches ist ausgetrocknet.	4,2	(Pfeift, klatscht in die Hände.)
12. Im Winter fällt viel Schnee.	3,6	Es schneit.
	4,0	

6. Georg T., 30 jährig, verheiratet, Beamter. Wurde am 24. März 1911 in die Klinik aufgenommen; war vorher bereits viermal in Irrenanstalten, davon einmal in der Klinik. Jedesmal reines hypomanisches Zustandbild, ohne Halluzinationen und Wahnbildungen, und jedesmal füllte Pat. nachher seine Obliegenheiten anstandlos aus. Auch bei der jetzigen Aufnahme bestand gehobene Stimmung; ziemlich heiter, weist die ihn begleitende Gattin zurecht, sie möge kein so trauriges Gesicht zeigen, weil er nur lustige Gesichter sehen will. Ist sehr mitteilsam und spricht weitschweifig. Betont, daß er sich eines blühenden Gesundheitzustandes erfreue, daß er bloß auf Wunsch seiner Frau in die Klinik komme, um sich auszuruhen, und daß er sehr gern hier bleibe. Befreundet sich rasch mit allen, macht witzige Bemerkungen und Späße. Diagnose: Manisch-depressives Irresein (Hypomanie).

A. I.	R.-Z.	
1. Traurigkeit.	3,0	Was?
2. Schmerz.	3,8	Kenne ich nicht.
3. Leiden	3,2	Ich habe nie gelitten.
4. Unglück.	3,8	Wenn man in die Lotterie setzt und nicht gewinnt.
5. Elend.	2,4	Habe ich nicht.
6. Bettelstab.	8,2	Warum?
7. Beerdigung.	4,0	Der Tote wird begraben.
8. Grab.	2,2	Man hat deren drei begraben.
9. Tod.	3,0	Nur wer ihn fürchtet, der hat ihn.
10. Sünde.	2,2	Z. B. stehlen, betrügen, lügen.
11. Strafe.	2,8	Macht das, was ich getan, zu Ende.
12. Verachtung.	2,0	Ich verachte Niemanden.
	3,0	
II.		
1. Gute Laune.	2,4	Nun, das ändert sich mit der Zeit.
2. Freude.	1,8	Der Herr Doktor freut sich, z. B. wenn er ein reines Gewissen hat.
3. Gelächter.	4,0	(Ungarisch = kaczagás.) Kaczagás.
4. Glück.	—	
5. Reichtum.	2,6	Ich z. B. bin sehr reich.
6. Vermögen.	5,4	Ist nur dort, wo keines ist.
7. Unterhaltung.	1,8	Wenn der Ungar Wein trinkt.
8. Hochzeit.	11,4	
9. Tanz.	2,2	Lustbarkeit.



10. Langlebigkeit.	3,2	Kurze Menschen leben lang. (Lacht dazu.)
11. Belohnung.	4,0	Das ist eine Zigarette.
12. Auszeichnung.	7,8	Wie sich das überlebt hat!
	3,6	
III.		
1. Haus.	2,0	Das ist auch ein Haus.
2. Stube.	7,8	Komm in die Stube, meine Süße!
3. Garten.	5,8	Blumen wachsen darin.
4. Hof.	2,0	(Ung. = udvar.) Dvor in slavischer Sprache!
5. Spiegel.	4,2	Ist ein umgewandeltes Wort.
6. Spaten.	3,4	Geht manchmal auch los. (Ein ungarisches Sprichwort.)
7. Schuh.	4,8	Also, ich bitte, ich mache ein Paar.
8. Tischdecke.	3,4	Tischdecke.
9. Kiesel.	1,6	Stein
10. Kot.	3,0	Oh, bitte schön, das ist ein Edelmetall.
11. Bach.	1,8	(Ung. = patak.) Bitte, meine Tante hieß Elisabeth Pataky.
12. Schnee.	2,0	Fiel diese Nacht.
	3,2	

B. I.	R.-Z.	
1. Mein Leben ist traurig.	2,0	Ach was, traurig, es ist lustig, wie noch nie.
2. Mein Herz schmerzt so sehr.	1,6	Aber nein, es schmerzt gar nicht.
3. Ich habe viel zu leiden.	0,8	Nein.
4. Ach wie bin ich unglücklich.	1,8	Auch das bin ich nicht.
5. Nur Elend bringt mir mein Leben.	3,0	Darauf gibt's ein anderes Drastisches: Elend geht bis ans Ende des Schweifes!
6. Der Bettelstab steht mir bevor.	2,8	Der Kukuk braucht einen Bettelstab.
7. Es wäre das Beste, wenn man mich begraben würde.	1,4	Versucht es doch!
8. Bereitet ein tiefes Grab.	1,4	Wie viel Meter soll es sein?
9. Wenn nur schon der Tod käme.	2,4	Den erwarte ich.
10. Ich habe eine große Sünde begangen.	1,4	Nein.
11. Ich verdiene die Strafe.	4,0	Ich verdiene sie nicht.
12. Jedermann verachtet mich bereits.	1,4	Gar nicht!
	1,7	



II.	R.-Z.	
1. Mein Leben bringt mir gute Laune.	3,4	Hat Petöfi gesagt.
2. Ich bin voll Freude.	2,2	Das ist wahr.
3. Ich könnte fortwährend lachen.	2,2	Ich soll in den Garten jäten gehen, der Mensch lacht, wenn er die Vöglein singen hört.
4. Ach wie bin ich glücklich.	3,8	Das bin ich.
5. Ich werde noch sehr reich sein.	2,0	Das glaube ich.
6. Ich werde noch solches Vermögen haben, wie niemand sonst.	2,8	Ist nicht sicher.
7. Und nun folgt lauter Unterhaltung.	1,4	Das ist schon wahr.
8. Eine Hochzeit wird das Ende sein.	1,2	Ist auch wahr.
9. Wir werden viel tanzen.	1,8	Und wie viel!
10. Das Beste ist ein langes Leben.	3,0	Nun ich bitte, Dem, wem.
11. Ich werde eine große Belohnung erhalten.	1,8	Nun was? Eine Kubazigarre.
12. Jedermann wird mich auszeichnen.	1,8	Nun gut, ich warte darauf.
	2,1	

III.	R.-Z.	
1. In einer großen Stadt gibt es viele Häuser.	4,0	Nun hier gibt's viele Häuser.
2. Es ist gleich, ob die Stube groß oder klein ist.	1,4	Nicht immer (lacht).
3. Es sind keine Blumen mehr im Garten.	1,8	Aber ja, es sind.
4. Der Hof wurde umzäunt.	1,8	Hat eine tüchtige Mauer.
5. Wir haben den Spiegel mit dem Rahmen gekauft.	3,4	Hier sind viele Spiegel.
6. Die Leute sind mit Spaten auf das Feld gegangen.	2,2	Haben eine nützliche Arbeit getan.
7. Der Schuhmacher macht viele Schuhe.	2,8	Wenn er es zwingt.
8. Das Tischtuch ist bereits auf dem Tische.	2,4	Dann werden wir essen.

9. Man hat viele Kiesel auf die Straße gebracht.	4,0	Aber weshalb?
10. Im Herbst ist der Kot groß.	2,4	Nicht so, das Sprichwort sagt: Ein Scheffel Regen, ein Kübel Kot, im Frühjahr ist's umgekehrt.
11. Das Wasser des Baches ist ausgetrocknet.	4,2	Von welchem?
12. Im Winter fällt viel Schnee.	1,4	Nicht immer.
	2,4	

7. Adalbert L., 38 jähriger Kaufmann, wurde in die Klinik am 9. Dezember 1909 aufgenommen. Hat sich seit einem Jahre verändert, wurde deprimiert, hatte Angstgefühle, hypochondrische und nihilistische Wahnideen; beruhigt sich später, war aber vor der Aufnahme euphorisch, schmiedete Pläne, gab viel Geld aus, machte Einkäufe, fühlte sich kolossal reich und glücklich. Rechte Pupille weiter, beide lichtstarr, Fazialis r. paretisch, Tremor der Zunge und Hände. Knie- und Achillessehnenreflex träge. Gehobene Stimmung, Silbenstolpern. Größenwahn: behauptet jährlich 200 000 Kronen zu verdienen, plant große Geschäfte. Rühmt sich seines „riesigen Glückes" bei den Frauen; Jedermann bete ihn an, er sei sehr stark und gesund. Diagnose: Dem. paralyt. progr.

A. I.	R.-Z.	
1. Traurigkeit.	2,2	Kummervoll.
2. Schmerz.	2	Unangenehm.
3. Leiden.	1,6	Ebenfalls.
4. Unglück.	2	Unfall.
5. Elend.	1,6	Unangenehm.
6. Bettelstab.	1,8	Ist sehr schlecht.
7. Beerdigung.	1,2	Traurig.
8. Grab.	2,4	Schön.
9. Tod.	1,8	Ist nicht gut.
10. Sünde.	2	Das ist unangenehm
11. Strafe.	1,6	Schlecht.
12. Verachtung.	1,4	Das auch.
	1,8	
II.		
1. Gute Laune.	1,4	Ja, die Gemütlichkeit.
2. Freude.	1,2	Ist ebenfalls gute Laune.
3. Gelächter.	3,4	Freuen.
4. Glück.	1,4	Ist sehr gut.
5. Reichtum.	0,8	Glückseligkeit.
6. Vermögen.	1,6	Ist auch gut.
7. Unterhaltung.	1,4	Ist auch keine Sünde.



8. Hochzeit.	1,6	Ebenfalls.
9. Tanz.	1	Ist auch gut.
10. Langlebigkeit.	1,6	Liebe ich auch in Gesundheit.
11. Belohnung.	1,4	Auf jeden Fall eine schöne Auszeichnung.
12. Auszeichnung.	3,6	Ja, Auszeichnung.
	1,6	

III.

1. Haus.	2	Schön.
2. Stube.	1,6	Gute Wohnung.
3. Garten.	3	Schöner Garten.
4. Hof.	1,4	Soll auch wundervoll sein.
5. Spiegel.	2	Schöner Spiegel.
6. Spaten.	10	Werkzeug.
7. Schuh.	2	Schöne Schuhe, Lackschuhe.
8. Tischtuch.	1,4	Weißwäsche.
9. Kiesel.	1,6	Steine.
10. Kot.	2	Schmutz.
11. Bach.	1,2	Wasser, Strom.
12. Schnee.	0,8	Feucht.
	1,8	

B. I.	R.-Z.	
1. Mein Leben ist traurig.	4	Unangenehm.
2. Mein Herz schmerzt so sehr.	1,8	Sehr schlecht.
3. Ich habe viel zu leiden.	1,4	Könnte ich nicht sagen.
4. Ach, wie bin ich unglücklich.	1	Könnte ich nicht sagen, eher das Gegenteil, wie Sie zu sehen belieben.
5. Nur Elend bringt mir mein Leben.	1,2	Ist bei mir nicht möglich.
6. Der Bettelstab steht mir bevor.	1,6	Ich bin ein glücklicher Mann (lacht).
7. Es wäre das Beste, wenn man mich begraben würde.	1,4	Unter keinen Umständen.
8. Bereitet ein tiefes Grab.	1,4	Das ist mir schon schnuppe, tout égal.
9. Wenn nur schon der Tod käme.	1,4	Niemals, bis zu 70 Jahren.
10. Ich habe eine große Sünde begangen.	1,2	Ist ausgeschlossen, ich bete meine Frau an.
11. Ich verdiene die Strafe.	1,2	Auf keinen Fall, nicht mal das, daß man mich herbrachte.

12. Jedermann verachtet mich bereits.	1,8	Sehe ich nicht, man betet mich sogar an.
	1,4	

II.	R.-Z.	
1. Mein Leben bringt mir gute Laune.	1,4	Stimmt, ist wahr, ich bin wie neugeboren.
2. Ich bin voll Freude.	1,6	Ist wahr, meine Frau und Kinder sind herrlich.
3. Ich könnte fortwährend lachen.	1,2	Nun, in dieser Beziehung bin ich ein ernster Mann.
4. Ach wie bin ich unglücklich.	1,6	Das ist wahr.
5. Ich werde noch sehr reich sein.	2,2	Nun, Millionen will ich nicht erwerben, bloß noch einige Hunderttausende.
6. Ich werde ein solches Vermögen haben, wie niemand sonst.	1,8	Das wünsche ich nicht.
7. Und nun folgt lauter Unterhaltung.	1,2	Das noch weniger, ich will arbeiten, kann ohne Arbeit nicht leben.
8. Eine Hochzeit wird das Ende sein.	1,8	Ja, in 10—12 Jahren, ich habe ja drei Töchter.
9. Wir werden viel tanzen.	1,4	Könnte ich weniger behaupten, denn ich bin 50 jährig.
10. Das Beste ist ein langes Leben.	1,4	Das wohl, in schöner Gesundheit.
11. Ich werde eine große Belohnung erhalten.	1,4	Möglich, eine kleine Remuneration hätte ich erhalten, ist aber entfallen.
12. Jedermann wird mich auszeichnen.	1,6	Nun, bloß mein Chef und Meister.
	1,5	

III.	R.-Z.	
1. In einer großen Stadt gibt es viele Häuser.	2	Stimmt, und ist wahr.
2. Es ist gleich, ob die Stube groß oder klein ist.	2,4	Nun das könnte ich nicht behaupten, eine bequeme Stube ist besser, in einer engen könnte ich nicht leben.
3. Es sind keine Blumen mehr im Garten.	4,6	Nein, bloß Blätter.
4. Der Hof wurde umzäunt.	2	Ja, das wurde ohne meinen Willen besorgt.





5. Wir haben den Spiegel mit dem Rahmen gekauft.	1,4	Jedenfalls einen schönen Toilettespiegel.
6. Die Leute sind mit Spaten auf das Feld gegangen.	2	Was sollen sie dort, haben sie keine Arbeit?
7. Der Schuhmacher macht viele Schuhe.	1,6	Wenn er ein wenig Arbeit hat, aber der arme Mann kann kaum leben.
8. Das Tischtuch ist bereits auf dem Tische.	1,6	Wartet nur, das Essen, hier ist es etwas schwach, im Sanatorium war weibliche Bedienung, wunderhübsche Mädchen.
9. Man hat viele Kiesel auf die Straße gebracht.	2	Das ja, (die Straße) wird regelmäßig repariert und restauriert.
10. Im Herbst ist der Kot groß.	1,4	Ja, unter normalen Verhältnissen muß man Kiesel hinbringen.
11. Das Wasser des Baches ist ausgetrocknet.	2,2	Ja, vollständig ausgetrocknet.
12. Im Winter fällt viel Schnee.	1,6	Nun, in diesem Jahre bisher noch nicht.
	2,0	

8. Alexander O., 25 jähriger Hochschüler. Aufgenommen am 10. April 1909. War stets ein guter Schüler, onanierte seit dem 14. Lebensjahre. Seit einigen Monaten Anzeichen von Krankheit, hat sich verändert, schreibt konfuse Briefe. Begann am 7. April 1909 zu weinen, machte stereotype Bewegungen, räumte die Bilder von der Wand, ging durch von zuhause, konnte nicht schlafen, bald hörte er Sausen in den Ohren, Flüsterstimmen, dann ganze Zwiegespräche. Auch seine Braut sprach zu ihm. Hat die Empfindung, als ob er fliegen würde. Weitere Symptome: Maniriertheit, Affektation in Sprache und Gebärden, Grimassieren, kindische Ausgelassenheit, Echolalie, Echopraxie, katatonische Posen, Stereotypien, Negativismus, Mutazismus, später hypomanische Allüren. Diagnose: Dementia praecox.

1. Traurigkeit.	1	Traurigkeit, -keit.
2. Schmerz.	1	-om, (letzte Silbe des ung. Rufwortes: fájdalom).
3. Leiden.	1	-em, (sinnlos).
4. Unglück.	0,8	Traurigkeit.
5. Elend.	1	Schmerz, unbesoldet. (Ung. = fájdalom, dijtalan.)
6. Bettelstab.	0,6	Leiden.
7. Beerdigung.	4	-oi (sinnlos).
8. Grab.	1,6	Osztrovsky (sein eigener Name).



9. Tod.	1,2	á
10. Sünde.	2,4	b.
11. Strafe.	1,4	x, y.
12. Verachtung.	1,4	Haben Sie es gehört?
	1,0	

II.	K.-Z.	
1. Gute Laune.	2,1	(Zuckt mit den Schultern.)
2. Freude.	2,1	Habe ich denn nicht geantwortet? Wenn Sie es nicht fühlen, kann ich nichts dafür.
3. Gelächter.	3,2	Haben Sie es gehört?
4. Glück.	2	Török (Name eines Reklame machenden Loshändlers).
5. Reichtum	2,4	Tristan.
6. Vermögen.	4,6	Nichts.
7. Unterhaltung.	2,1	Ich habe gestohlen.
8. Hochzeit.	2,2	ott kinyilt, kinyilt, elnyilt, benyilt (in deutscher Sprache nicht wiedergebbare Verba mit selber Wurzel).
9. Tanz.	1,6	Wartet.
10. Langlebigkeit.	1,2	Schwarz.
11. Belohnung.	2,2	Zigeuner.
12. Auszeichnung.	3	Hier schmerzt es (zeigt die Brust).
	2.2	

III.		
1. Haus.	1,2	Weiß.
2. Stube.	2,8	Zwei.
3. Garten.	1	Drei.
4. Hof.	1,6	Keine Null.
5. Spiegel.	1	Plus eins.
6. Spaten.	1	Unendlich, imaginär, unendlich.
7. Schuh.	4,8	Wenn man eine Saugflasche gibt.
8. Tischtuch.	3,2	Ist keines.
9. Kiesel.	1,4	Noch weniger.
10. Kot.	1,6	Am allerwenigsten.
11. Bach.	1,4	Dort.
12. Schnee.	1,8	Habe einen neuen Rock, einen, dies ist kein Spaß.
	1,5	

B. I.	R.-Z.	
1. Mein Leben ist traurig.	6,2	Ich kann verkehrt schreiben, das muß man verkehrt lesen.

2. Mein Herz schmerzt so sehr.	2,8	Habe auch Französisch gekonnt, aber es fällt mir jetzt nicht ein.
3. Ich habe viel zu leiden.	3,2	Bitte schön, ich habe Trema, jetzt ist's schon geschehen.
4. Ach wie bin ich unglücklich.	3,2	ro.
5. Nur Elend bringt mir mein Leben.	3,2	(Zeigt auf ein Zeitungsblatt.)
6. Der Bettelstab steht mir bevor.	3,2	(Bewegt den Kopf) und Stimmen.
7. Es wäre das Beste, wenn man mich begraben würde.	5	Im Grabe (antwortet deutsch).
8. Bereitet ein tiefes Grab.	1,8	Es hat gekracht, ich habe es krachen gemacht.
9. Wenn nur schon der Tod käme.	5	Tatsache. (Zeigt mit der Hand.)
10. Ich habe eine große Sünde begangen.	5	(Reicht den Schlüssel.) Bitte schön.
11. Ich verdiene die Strafe.	2,2	Es ist doppelt wahr, daß ich nicht gestohlen habe, wollte auch gar nicht.
12. Jedermann verachtet mich bereits.	4	Jawohl, fünf Türken.
	3,2	

II.	R.-Z.	
1. Mein Leben bringt mir gute Laune.	2,4	Traurigkeit.
2. Ich bin voll Freude.	2	Mit Gesang.
3. Ich könnte fortwährend lachen.	2,4	Das geht rasch, sehr rasch, mein Sohn.
4. Ach wie bin ich glücklich.	2,6	Ich nehme auch auf die andere Hand eine Bandage (zieht den Strumpf auf den Arm).
5. Ich werde noch sehr reich sein.	3,6	Ich koche, wir kochen, und jetzt ist eine Guillotine daraus geworden.
6. Ich werde ein solches Vermögen haben, wie niemand sonst.	3,8	(Spielt mit seinem Anzuge.) Dasselbe, genau ein solches.
7. Und nun folgt lauter Unterhaltung.	3,4	Kann es nicht aussprechen, u. ú. das erste ist wahr, das zweite ist nicht wahr.

8. Eine Hochzeit wird das Ende sein.	1,2	Und wird rasch gehen.
9. Wir werden viel tanzen.	5,2	Auch ich bin bereit zu „pattogtatni". (Auch im Ungarischen sinnlose Antwort; „pattogtatni" bezeichnet evtl. eine rasche Art des Knallens.)
10. Das Beste ist ein langes Leben.	2,8	Ja-ja.
11. Ich werde eine große Belohnung erhalten.	1,8	Sind Sie verrückt, oder was sollen Sie jetzt tun?
12. Jedermann wird mich auszeichnen.	2	Bitte mich was immer zu fragen, ich werde entschieden antworten, aber bitte mich nur frei zu lassen.
	2,5	

III.	R.-Z.	
1. In einer großen Stadt gibt es viele Häuser.	1,4	Ist fraglich, ich habe es nicht gesehen. Seit meiner Geburt bin ich drinnen, was ich beweisen kann.
2. Es ist gleich, ob die Stube groß oder klein ist.	6	Das kann ich einsehen.
3. Es sind keine Blumen mehr im Garten.	4,8	Ich werde es lesen, und dann die Antwort hinschreiben! Ich, bitte, wenn wir an der Universität sind.
4. Der Hof wurde umzäunt.	2,8	Mit einem Zaun, ich bin doch verständig!
5. Wir haben den Spiegel mit dem Rahmen gekauft.	3,8	Mit einem Löffel haben sie ihn eingedrückt.
6. Die Leute sind mit Spaten auf das Feld gegangen.	1,4	Er photographiert, ich erhalte mechanische Instrumente.
7. Der Schuhmacher macht viele Schuhe.	1	Lauter Schnee, mit fürchterlichen Kopfschmerzen.
8. Das Tischtuch ist bereits auf dem Tische.	3,4	Ja, der Billardtisch.
9. Man hat viele Kiesel auf die Straße gebracht.	1,2	Offen offen, offen. (Ung. = nyilt, nyilt, nyilt.)
10. Im Herbst ist der Kot groß.	3,2	Ja, warum begehren Sie auf? Ich hatte zwei Uhren, und jetzt keine.
11. Das Wasser des Baches ist ausgetrocknet.	1,8	Ruhig, im Frühjahre ist es offen, jetzt ist's schon vorüber.

12. Im Winter fällt viel Schnee.	1,8	Es ging sehr langsam.
	2,3	

9. Andreas B., 23 jähriger Rechtshörer, wurde am 16. November 1909 in die Klinik aufgenommen. Hochgradige motorische Unruhe, Verwirrtheit Halluzinationen und konfuse Wahnideen haben das Krankheitbild eingeleitet. Gehobene Stimmung, geht unruhig umher, äfft die Bewegungen seiner Genossen und der Ärzte nach, macht kindische Späße und fortwährend unzüchtige Witze und Bemerkungen. Ist im höchsten Grade schamlos, onaniert vor den Augen anderer. Grimassiert, erzählt mit wichtigtuendem Gesichtsausdruck die blödsinnigsten Sachen. Kümmert sich gar nicht um sein Schicksal, und auf die Frage, was er werden wolle, antwortet er z. B. bei einer Gelegenheit: „Kondukteur bei der elektrischen Trambahn oder ein Dreckkäfer"; auf die Frage, wie lange er in der Klinik bleiben will, sagt er: „so lange, bis man mich hinauswirft, ich fühle mich hier ganz wohl". Bei anderer Gelegenheit erwähnt er, daß er Millionär sein möchte, weil er sich dann Waldmeister, eine Pendeluhr und einen Luftballon kaufen könnte. Eines Tages erwähnt er, daß er zum Abendessen „faschierten Pferdeschwanz mit Brot" bekommen hätte. Nimmt oft künstliche Posen an, spricht in affektierter Weise und mit ebensolchem Gesichtausdruck, macht mitunter stereotype Bewegungen, dann wieder sitzt er indifferent an einer Stelle. Zeitweise ist er negativistisch. Diagnose: Dementia praecox.

A. I.	R.-Z.	
1. Traurigkeit.	—	(Runzelt die Stirn, affektiert.)
2. Schmerz.	—	—
3. Leiden.	—	(Winkt mit der Hand.)
4. Unglück.	7,2	Sehr stark.
5. Elend.	1,6	Stark.
6. Bettelstab.	1,6	War ich.
7. Beerdigung.	1 [illegible]	Stärke.
8. Grab.	1,2	Fall.
9. Tod.	1,2	-lás (Rufwort ung. = halál).
10. Sünde.	1,2	Lähmung (ung. Rufwort = bün, Antwort = hüdés).
11. Strafe.	1	Ció.
12. Verachtung.	1,2	Mesz.
	1,2	

II.		
1. Gute Laune.	2,2	Klarheit.
2. Freude.	1,4	Huh.
3. Gelächter.	1,6	Ció.



4.	Glück.	2,6	Linse.
5.	Reichtum.	1,6	Griff.
6.	Vermögen.	1	-ék (sinnlos, keine Echolalie).
7.	Unterhaltung.	1,2	Stück.
8.	Hochzeit.	2	In unserer Gasse.
9.	Tanz.	1,8	Brei.
10.	Langlebigkeit.	5	Groß.
11.	Belohnung.	1	Ció.
12.	Auszeichnung.	—	—
		1,6	

III.

1.	Haus.	1,4	-köz (das ung. Rufwort = ház; házköz = kleine, enge Gasse zwischen zwei Häusern)
2.	Stube.	1,6	Türe.
3.	Garten.	1,4	Türe.
4.	Hof.	1,6	Hals.
5.	Spiegel.	1,8	Gibt's keinen.
6.	Spaten.	1,2	Sommer.
7.	Schuh.	1,4	Und.
8.	Tischtuch.	1	Tosz (Rufwort ung. = abrosz).
9.	Kiesel.	1,4	Und.
10.	Kot.	2,6	Ja.
11.	Bach.	1,6	Ba.
12.	Schnee.	1,4	Kraft.
		1,4	

B	I.	R.-Z.	
1.	Mein Leben ist traurig.	6	Tennisground.
2.	Mein Herz schmerzt so sehr.	2,2	Kegelbahn.
3.	Ich habe viel zu leiden.	1,4	Auf ein Rädchen.
4.	Ach, wie bin ich unglücklich.	2,2	Groß.
5.	Nur Elend bringt mir mein Leben.	1	Auf den Schnee.
6.	Der Bettelstab steht mir bevor.	1,8	Dir.
7.	Es wäre das Beste, wenn man mich begraben würde.	1,6	Aber groß.
8.	Bereitet ein tiefes Grab.	1,4	Vorwärts.
9.	Wenn nur schon der Tod käme.	2	Gritz.



10. Ich habe eine große Sünde begangen.	1	Schüttelt.
11. Ich verdiene die Strafe.	1,6	Fraisen. (Ung. Schimpfausdruck: Die Fraisen sollst bekommen.)
12. Jedermann verachtet mich bereits.	1,8	Krepiere.
	1,7	
II.	R.-Z.	
1. Mein Leben bringt mir gute Laune.	2,6	Groß.
2. Ich bin voll Freude.	1,6	Vorwärts.
3. Ich könnte fortwährend lachen.	1,8	Wenn ich wäre.
4. Ach, wie bin ich glücklich.	1,4	War ich.
5. Ich werde noch sehr reich sein.	2	Deinen Vater.
6. Ich werde ein solches Vermögen haben, wie niemand sonst.	1,8	Gewesen.
7. Und nun folgt lauter Unterhaltung.	1,8	-zett. (Letzte Silbe des letzten ung. Rufwortes im Perfekt.)
8. Eine Hochzeit wird das Ende sein.	2	Bei ihm.
9. Wir werden viel tanzen.	1,4	Uhr.
10. Das Beste ist ein langes Leben.	1,6	Kurz.
11. Ich werde eine große Belohnung erhalten.	1	Titel
12. Jedermann wird mich auszeichnen.	0,8	Neuerlich.
	1,7	
III.	R.-Z.	
1. In einer großen Stadt gibt es viele Häuser.	2	Stark.
2. Es ist gleich, ob die Stube groß oder klein ist.	1,2	Groß.
3. Es sind keine Blumen mehr im Garten.	1,4	Stark.
4. Der Hof wurde umzäunt.	1,2	Wenn.
5. Wir haben den Spiegel mit dem Rahmen gekauft.	1	Ja.



6. Die Leute sind mit Spaten auf das Feld gegangen.	1	Groß.
7. Der Schuhmacher macht viele Schuhe.	1,8	Gewesen.
8. Das Tischtuch ist bereits auf dem Tische.	1,2	Lärm.
9. Man hat viele Kiesel auf die Straße gebracht.	0,8	Vorwärts.
10. Im Herbst ist der Kot groß.	1,2	Gewesen.
11. Das Wasser des Baches ist ausgetrocknet.	1,4	„Giling-galang". (Sinnlos.)
12. Im Winter fällt viel Schnee.	1,4	Quarz.
	1,2	

Bei den manischen Zuständen äußert sich in den Reaktionsantworten: die gehobene Stimmung, Maßlosigkeit und Weitschichtigkeit der Antworten, das spontane assoziative Weiterschweifen, ein humoristischer Zug; überdies kommt bei der expansiven progressiven Paralyse noch zum Ausdruck der Größenwahn. Fall 6 beweist in instruktiver Weise den hypomanischen Zustand und den Umstand, daß die Grundstimmung auf Rufsätze weit besser reagiert. Wie sehr unterscheidet sich dieses Bild vom hypomanischen Zustande der Dementia praecox, um welche es sich in den Fällen 8 und 9 handelt, und bei denen auch in Unkenntnis der anamnestischen Momente bloß die Reaktionsantworten selbst den hypomanischen Zustand der Dementia praecox verraten, wobei Bizarrheit, Maniriertheit, absichtlich gesuchte Unsinnigkeit, ein gekünstelter humoristischer Zug, Wortergänzung, Klangassoziation, Wortspiele, grammatikalische und syntaktische Formationen, und schließlich das rasche Wechseln sinnvoller und sinnloser Reaktionen (adäquate und disparate Reaktionen) stets zum Ausdruck gelangen. Dieselbe Erscheinung tritt auch bei dem 25 jährigen Universitätshörer M. K. zutage, welcher auf jedes Rufwort in der Weise antwortete, daß er bestrebt war, dasselbe in französische Sprache zu übersetzen.

III. Indifferente Stimmung.

10. Laurentius G., 43 jähriger Lehrer, wurde in die Klinik am 1. November 1908 aufgenommen. War seit 1899 bereits mehrfach in Irren-

anstalten und in der hauptstädtischen Beobachtungabteilung. Es zeigten sich bei ihm periodisch auftretende katatone Erscheinungen, welche durch vasomotorische Störungen, lebhaftes Erröten, Unzufriedenheit mit der eigenen Situation, Schlaflosigkeit eingeleitet wurden. Später nahm er künstliche Posen an, in welchen er kürzere oder längere Zeit verblieb; dazu gesellten sich Maniriertheit, gekünstelte Bewegungen, Grimassen, Nachahmung der Worte und Gesten seiner Genossen und Ärzte und unsinnige Fragen. Ausgesprochene Kristallisatio, Flexibilitas cerea, Echopraxie, Echolalie, Stereotypie, Logoschizis, Ergoschizis, Logotripsis, Ergotripsis (Phrasen und Handlungen werden in Phasen zerlegt durchgeführt, oder ohne Beendigung abgeschlossen). Im ruhigen Zustande ganz verständig und besonnen. Diagnose: **Dementia praecox.**

Die nachfolgende Assoziationsuntersuchung wurde in einem solchen Ruhezustande bei indifferenter Stimmung durchgeführt.

A. I.

1.	Traurigkeit.	1,8	Gefühl.
2.	Schmerz.	2,4	Ist mit Kummer verwandt.
3.	Leiden.	2,8	Schmerz.
4.	Unglück.	3	Katastrophe.
5.	Elend.	3,2	Unglück.
6.	Bettelstab.	3	Zeichen der Armut.
7.	Beerdigung.	4,2	Ruhestätte.
8.	Grab.	3,6	Gleichbedeutend mit Friedhof.
9.	Tod.	2,4	Ende des Lebens.
10.	Sünde.	3,2	Moralwidrig.
11.	Strafe.	5,6	Leiden.
12.	Verachtung.	4	Seelische Strafe.
		3,1	

II.

1.	Gute Laune.	5,8	Heiteres Gemüt.
2.	Freude.	8,2	Seelische Wonne.
3.	Gelächter.	3,6	Ausdruck guter Laune.
4.	Glück.	8,2	Schicksal.
5.	Reichtum.	5,8	Wohlstand.
6.	Vermögen.	5	Höherer Grad des Wohlstandes.
7.	Unterhaltung.	3	Ausdruck der Freude.
8.	Hochzeit.	7,4	Festlichkeit bei der Vermählung.
9.	Tanz.	7,6	Ausdruck der Freude.
10.	Langlebigkeit.	10,6	Gabe Gottes.
11.	Belohnung.	10	Verdienst der Güte.
12.	Auszeichnung	8	Ausdruck der Zufriedenheit.
		7,5	



III.

1. Haus.	—	
2. Stube.	—	
3. Garten.	—	
4. Hof.	—	
5. Spiegel.	—	In Gruppe III ausschließlich koordinierte Assoziationen mit durchschnittlicher Reaktionszeit von 4,3.
6. Spaten.	—	
7. Schuh.	—	
8. Tischtuch.		
9. Kiesel.	—	
10. Kot.	—	
11. Bach.	—	
12. Schnee.	—	

B. I.	R.-Z.	
1. Mein Leben ist traurig.	2,8	Mißglück.
2. Mein Herz schmerzt so sehr.	3,8	Schmerz.
3. Ich habe viel zu leiden.	3,2	Klage.
4. Ach, wie bin ich unglücklich.	2,8	Aufschrei.
5. Nur Elend bringt mir mein Leben.	6,6	Ist auch bloß eine Klage.
6. Der Bettelstab steht mir bevor.	2,4	Furcht.
7. Es wäre das Beste, wenn man mich begraben würde.	1,8	Verzweiflung.
8. Bereitet ein tiefes Grab.	7,2	Schlußverfügung.
9. Wenn nur schon der Tod käme.	3	Sehnsucht.
10. Ich habe eine große Sünde begangen.	3,2	Geständnis.
11. Ich verdiene die Strafe.	4,6	Fühlt sich schuldig.
12. Jedermann verachtet mich bereits.	3,6	Verzweiflung.
	3,2	

II.	R.-Z.	
1. Mein Leben bringt mir gute Laune.	5	Prahlerei.
2. Ich bin voll Freude.	5,6	Zeigt auf gute Laune.
3. Ich könnte fortwährend lachen.	8	Charakterisierung der Freude.



4. Ach wie bin ich glücklich.	4,6	Beschreibung des Wohlstandes.
5. Ich werde noch sehr reich sein.	5	Prophezeit gut.
6. Ich werde ein solches Vermögen haben, wie niemand sonst.	8,0	Betrachtet die Welt durch ein helles Augenglas.
7. Und nun folgt lauter Unterhaltung.	5,4	Optimist.
8. Eine Hochzeit wird das Ende sein.	5,4	Denkt ans Heiraten.
9. Wir werden viel tanzen.	6,4	Stellt eine Unterhaltung in Aussicht.
10. Das Beste ist ein langes Leben.	3,2	Will lange leben.
11. Ich werde eine große Belohnung erhalten.	7,4	Erwartet eine angenehme Überraschung.
12. Jedermann wird mich auszeichnen.	6	Wird Gegenstand des Aufsehens sein.
	5,3	

III.	R. Z.	
1. In einer großen Stadt gibt es viele Häuser.	8,2	Beschreibung einer Ortschaft.
2. Es ist gleich, ob die Stube groß oder klein ist.	5,6	Bezeichnet Zufriedenheit.
3. Es sind keine Blumen mehr im Garten.	6,6	Der Sommer ist verstrichen.
4. Der Hof wurde umzäunt.	3,8	Abgrenzung.
5. Wir haben den Spiegel mit dem Rahmen gekauft.	8	Einkauf.
6. Die Leute sind mit Spaten auf das Feld gegangen.	4,2	Erzählung.
7. Der Schuhmacher macht viele Schuhe.	2,2	Behauptung.
8. Das Tischtuch ist bereits auf dem Tische.	7,8	Schilderung.
9. Man hat viele Kiesel auf die Straße gebracht.	2	Handlung.
10. Im Herbst ist der Kot groß.	3,6	Beschreibung einer Jahreszeit.



11. Das Wasser des Baches ist ausgetrocknet.	6,0	Es herrscht Trockenheit.
12. Im Winter fällt viel Schnee.	5,0	Beschreibung einer Jahreszeit.
	5,3	

Das indifferent gestimmte Individuum verrät weniger egozentrische Neigungen in seinen Reaktionen, welche zumeist kürzer, abgemessener und indifferent sind und keinerlei Gefühlresonnanz zum Ausdruck bringen.

Frau W. (45 jährige Beamtengattin, Paranoia) verriet in ihren Antworten auf die Rufworte nichts von ihren Wahnbildungen, hingegen kamen diese in den Reaktionen auf die Rufsätze gut zum Ausdrucke. So z. B. beim Reizsatze 9 der GruppeI.: Wenn nur schon der Tod käme (1,2 R.-Z.) sagt sie: „Nicht im geringsten, obwohl mich alle suggerieren". Frau J. N. (58 jährig, Dienstmagd, Paranoia), deren Wahnidee ist, sie sei die Gattin des Kronprinzen, und der Kronprinz besuche sie nachts, plaudere mit ihr, antwortet beim Rufsatze 5 der Gruppe II (Ich werde noch sehr reich sein) (R.-Z. 1,6) „ich werde es noch sein, wenn ich die Ankunft des Kronprinzen erlebe"; auf Rufsatz 6 „Ich werde solches Vermögen haben, wie niemand sonst" (R.-Z. 1,8) sagt sie: „Gewiß wie niemand, wenn ich das Einkommen des Kronprinzen erreiche, gibt er mir"; auf Rufsatz 12 „Jedermann wird mich auszeichnen" (R.-Z. 2,8) ist die Antwort: „Ich werde eine erhalten, wenn der Kronprinz kommt".

* * *

Meine Untersuchungen ergaben somit, daß dieselben in gewissen Fällen ein Reagens pathologischer Zustände sein können, indem die Kranken auf Reizworte und Reizsätze, welche der Grundstimmung entsprechen, in adäquater, auf gegenteilige jedoch in disparater Weise reagieren. Der Melancholische akzeptiert die Reizworte der ersten Gruppe, bezeichnet sie als richtig, verbreitert, erweitert und vertieft den Inhalt derselben, gibt jedoch auf die Reizworte der zweiten Gruppe entweder gegenteilige Antworten oder weist diese zurück (protestierende Reaktion). Beim Maniakalischen mit gehobener, zumeist euphorischer Stimmung steht die Sache gerade umgekehrt. Beide mengen in ihre Antworten auf die indifferenten Reizworte und Reizsätze ihre Grundstimmung hinein, jedoch nicht in dem Maße, wie bei den ersten Gruppen.



Ferner konnte ich feststellen, daß die Sätze geeigneter sind zur Einführung in die entsprechende Stimmung, wie die Reizworte, und eben deshalb sind die Antworten auf die Sätze auch farbenreicher.

Bei Reizworten und -sätzen, welche geeignet sind eine Gemütsstimmung hervorzurufen, erfolgt die Reaktion bei adäquatem Seelenzustande mit Bejahung, mit zustimmender Äußerung, mit Echoassoziation (Wiederholung des Reizwortes), mit hinzugefügten Wiederholungen, mit Ausrufungen, expressiven Bewegungen (Gesichtsausdruck, Bewegung der Hände oder des Kopfes usw.). Bei disparater Grundstimmung erfolgt eine protestierende oder verneinende Assoziation, oder ein Ausdruck oder Vorstellungskomplex, welche die gegenteilige Grundstimmung ausdrücken.

In überwiegender Mehrzahl kamen vor egozentrische Assoziationen mit dem Ausdrucke verschiedener subjektiver Erscheinungen, was leicht verständlich ist bei dem Inhalt der Reizworte, namentlich aber der Reizsätze der I. und II. Gruppe.

Die erhaltenen Antworten stehen entweder in Zusammenhang mit Form und Inhalt des Reizwortes resp. -satzes, oder nicht. Je mehr ein Individuum geistig geordnet ist, um so mehr zeigt sich die Neigung, kurz, mit einzelnen Worten zu reagieren, während bei Geisteskranken, namentlich bei Geistesschwachen und Verblödeten gerade das Gegenteil der Fall ist, wo bei kürzerer Reaktion die Leere des Inhaltes hervorsticht. Mitunter knüpft sich die Assoziation bloß an einen gewissen Teil der Sätze, insbesondere in Fällen von Ermüdung, von geistiger oder motorischer Unruhe infolge von Verminderung oder Ablenkung der Aufmerksamkeit, ferner bei geistiger Schwäche infolge Mangelhaftigkeit der Perzeption und infolge Armut an Begriffen. Zustände von geistiger Insuffizienz, von Geistesschwäche sind charakterisiert durch echoartige, bejahende, verneinende oder leere Reaktionen (wobei das Individuum nichts antwortet, weil es nichts zu antworten weiß), was einerseits Mangelhaftigkeit des geistigen Inhaltes, andererseits rasche Ermüdung zeigt, wobei aber auch der Zusammenhang zwischen Reizwort und Reaktion lockerer wird, und die geistige (inhaltliche) Verbindung durch eine solche phonetischer Natur ersetzt wird. Sowohl in diesen Fällen, wie auch bei der Hemmung höheren Grades kommt die Perseveration häufig vor. Die hysterische Selbst-



gefälligkeit, Eitelkeit, Wankelmut kommen auch zum Ausdrucke, die Reaktion der Stimmung ist veränderlich, nicht genügend tief. Die indifferente Stimmung reagiert in indifferenter Form und kürzeren Sätzen und Worten.

Das Reizwort oder der Reizsatz kann auch imstande sein, verborgene Halluzinationen oder Wahnideen in irgendeiner Form in der Reaktion zum Vorschein zu bringen.



Die Homosexualität im Vorentwurf zu einem deutschen Strafgesetzbuch.

Von

Oberarzt Dr. **Otto Juliusburger**-Steglitz.

In zwei Arbeiten, nämlich in meiner Arbeit „Zur Frage der Unzurechnungsfähigkeit und ihrer sozialen Bedeutung“ [1]), sowie in meinen „Bemerkungen zu dem Vorentwurf zu einem deutschen Strafgesetzbuch“ [2]) habe ich bereits zu dem Vorentwurf zu einem deutschen Strafgesetzbuche Stellung genommen, und ich habe in meinen Auseinandersetzungen keine Zweifel gelassen, daß der Vorentwurf zu einem deutschen Strafgesetzbuche trotz einiger anerkennenswerter Zugeständnisse an die Forderungen unserer Zeit außerordentlich viel zu wünschen übrig läßt.

Klar und scharf habe ich hervorgehoben, daß der Vorentwurf zu einem deutschen Strafgesetzbuche in unsicher tastender Weise einen durchaus unglücklichen Versuch gemacht hat, zwischen den Aufgaben, die sich ein zur Neige gehendes Zeitalter gestellt hat und den großen Zielen, welche die vorwärts gerichteten Forscher der Gegenwart gestellt haben, eine Verbindung herzustellen. Ich habe in meiner Kritik, welche ich an dem Vorentwurfe zu einem deutschen Strafgesetzbuche geübt habe, auf den unentschiedenen Standpunkt hingewiesen, welcher in dem Vorentwurf von seinen Verfassern eingenommen wird. Man hat sich auf die Länge der Zeit darüber nicht täuschen können, daß der Geist der Naturwissenschaft und einer auf ihren Prinzipien sich aufbauenden Philosophie seinen Siegeszug angetreten und begonnen hat, alle Lebensgebiete zu befruchten. Anstatt zu den grundlegenden Prinzipien eine unzweideutige Haltung einzunehmen, ist man in ein Schwanken hineingeraten. Man will noch immer nicht einsehen, daß es in den Grundfragen der Welt- und Lebensauffassung nur ein klares und scharfes Entweder-oder geben kann. Entweder bleibt man im Banne einer theologisierenden, scholasti-

[1]) Medizinische Klinik 1910 Nr. 14.

[2]) Allgem. Ztschr. f. Psych. Bd. 67 S. 458 f.



schen Betrachtung der Dinge und Verhältnisse oder aber man arbeitet im Sinne einer vorurteilfreien Anerkennung und Bewertung des natürlichen, am Bande der Kausalität sich vollziehenden Ablaufes des Naturgeschehens. Wie weit der Vorentwurf zu einem deutschen Strafgesetzbuche von dieser eigentlich selbstverständlichen Forderung entfernt bleibt, erhellt zur Genüge aus seiner Stellungnahme zu dem großen Problem des Verbrechens und Vergehens gegen die Sittlichkeit im allgemeinen und der Homosexualität im besonderen.

In seiner Begründung will der Vorentwurf hinsichtlich der Sittlichkeit diejenigen Grundsätze bewahrt wissen, die nach der positiven Entwicklung innerhalb des deutschen Volkes bezüglich der geschlechtlichen Verhältnisse maßgebend geworden sind.

Schon hier wird man Einspruch erheben müssen. Ich finde die eben berührte Begriffbestimmung der Sittlichkeit recht dunkel und zerfließlich, ganz abgesehen davon, daß die Anschauungen im Volke hinsichtlich der Beurteilung der geschlechtlichen Verhältnisse außerordentlich verschieden und mannigfaltig sind und gerade auf diesem Gebiete ein bemerkenswertes Durcheinander der Meinungen und stellenweise eine arge Verwirrung herrscht. In § 244 betreffend Nötigung zur Unzucht, Schändung, Unzucht mit Kindern, wird die bisherige Altersgrenze von 14 Jahren beibehalten und eine Heraufrückung des Schutzalters auf 16 Jahre nicht vorgenommen. Der Vorentwurf sagt: „Die von dem jetzigen Gesetz gezogene Grenze fällt zusammen mit dem regelmäßigen Aufhören der Schulpflicht, dem Eintritt der großen Mehrheit der Kinder in das bürgerliche Leben und bei den meisten von ihnen mit dem Eintritt einer gewissen Kenntnis der geschlechtlichen Dinge". Hier wird man billigerweise die Frage aufwerfen, was eigentlich damit gesagt sein soll, daß die Vierzehnjährigen eine gewisse Kenntnis der geschlechtlichen Dinge bereits bekommen haben? In den meisten Fällen wird es sich gewiß nicht um eine genügende, schützende Kenntnis der geschlechtlichen Dinge handeln, sondern nur um ein Naschen von verbotenen Früchten, um ein eher schädliches, Körper und Seele gefährdendes oder vergiftendes Wissen. Dazu kommt, daß bei der heutigen ungesunden Überschätzung der intellektuellen Ausbildung der Jugend die Stärkung der Gemütseite und die Befestigung des Charakters bedauerlicherweise zurückbleibt. Der Vorentwurf aber meint, die Altersgrenze von 14 Jahren erscheint für die Knaben der richtige Zeitpunkt, mit dem der besondere



strafrechtliche Jugendschutz für sie aufzuhören hat. Allerdings bedürfen sie auch dann und gerade in jenem gefährlichen ersten Jünglingsalter noch in verschiedener Hinsicht der Bewahrung vor Verführung zu sittlicher Verderbnis. Dies ist alsdann aber Aufgabe der Seelsorge, der Familie, der gesellschaftlichen Einrichtungen und der freien Liebestätigkeit, nicht mehr Aufgabe des Strafrichters. Es ist nicht recht ersichtlich, warum gerade hier der Vorentwurf so tastend behutsam vorgeht und die Grenzen des Strafrechtes möglichst eng zu ziehen sucht.

Nicht minder auffallend und geradezu den schärfsten Widerspruch herausfordernd ist die wichtige Bemerkung in § 247 bezüglich Unzucht oder Mißbrauch eines Autoritätsverhältnisses, wo es heißt:

Insbesondere ist von der Aufnahme einer Strafvorschrift in der Fassung abgesehen, „wer eine unbescholtene Frauensperson unter Mißbrauch ihrer Notlage oder ihrer Abhängigkeit zu außerehelichem Beischlaf bestimmt". Gegen solche Vorschriften bestehen an sich Bedenken da die Tatbestände der Delikte wider die Sittlichkeit scharf umrissen sein müssen und Tatbestandsmerkmale, wie Mißbrauch der Not oder eines Abhängigkeitsverhältnisses zu wenig bestimmt sind, um nicht in der Rechtanwendung zu Schwierigkeiten und Ungleichmäßigkeiten zu führen.

Diese Ausführungen in dem Vorentwurfe wird man mit dem höchsten Bedauern und starkem Unwillen zur Kenntnis nehmen. Es ist traurig, daß der Vorentwurf sich für machtlos erklärt, gegen die Brutalität im wirtschaftlichen Leben, durch die Ausnutzung eines Machtverhältnisses in Frauen Freiwild erblicken zu dürfen. Hier sehen wir, daß der Vorentwurf auch nicht das geringste Verständnis für die gerechten und unabweisbaren Forderungen unserer Zeit besitzt. Denn auf billige Redensarten und wohlklingende Anerkennung der Sittlichkeitsbestrebungen ist nicht viel zu geben, wenn die entscheidende Tat ausbleibt.

Im § 248 erklärt der Vorentwurf:

Es liegt kein Anlaß vor, bereits verdorbene und unsittliche Personen vor Verführung zu schützen. Um feststellen zu können, ob ein Mädchen des strafrechtlichen Schutzes würdig ist, bedarf es äußerer, sicher feststellbarer Tatsachen. Diese Merkmale können nicht, wie angeregt, in der Unerfahrenheit in geschlechtlichen Dingen, die als ein innerer Zustand vom Richter nicht beurteilt werden kann, sondern nur in der hinsichtlich der Geschlechtsart bestehenden Unbescholtenheit gefunden werden.



Man sieht in erschreckender Deutlichkeit, daß der Vorentwurf wirklich ernst macht, wenn er an der Begriffbestimmung der Sittlichkeit diejenigen Grundsätze festhalten will, die nach der positiven Entwicklung innerhalb des deutschen Volkes bezüglich der geschlechtlichen Verhältnisse maßgebend geworden sind. Nach der herrschenden Auffassung sind allerdings sogenannte bereits verdorbene und unsittliche Personen mehr oder weniger als vogelfrei anzusehen, und man verfährt ja mit ihnen wirklich in einer Weise, die eines Kulturvolkes durchaus unwürdig ist. Aber diese Beurteilung der sogenannten gefallenen Personen ist von Grund aus zu verwerfen, und es ist beklagenswert, daß der Vorentwurf in weitem Bogen um die großen Probleme der neuzeitlichen Sittlichkeitsbewegung herumgeht.

Um so auffallender muß es daher erscheinen, daß der Vorentwurf ein gar nicht zu unterdrückendes Schlagen des Gewissens verspürt, wenn er an die Beurteilung der sogenannten widernatürlichen Unzucht sich wendet. Der § 175 soll eine Erweiterung und Ausdehnung auf das weibliche Geschlecht erfahren.

Ich habe bereits in meiner Arbeit „Zur Frage der Unzurechnungsfähigkeit und ihrer sozialen Bedeutung" auf die Übertragung des § 175 auf das weibliche Geschlecht hingewiesen und hervorgehoben, wie auch hier das Gebiet der Strafe weiter gesteckt werden soll. Der Vorentwurf hat einmal im Grunde seines Herzens noch immer den unstillbaren Drang und Hang, neue Gebiete für die Strafe dem bisherigen Bereiche hinzuzufügen. Wer sehen will, der wird dies sehen. Man vergegenwärtige sich nur, wie der Vorentwurf auf der einen Seite das Zugeständnis macht, daß vermindert Zurechnungfähige oft einer individuellen Behandlung in besonderen Anstalten oder Abteilungn bedürfen, während er ausdrücklich auf der andern Seite hervorhebt, daß nicht zu vergessen sei, daß Strafanstalten keine Kuranstalten sind, sondern daß in ihnen die Strafe vorherrschen muß. Die Strafe muß vorherrschen, das ist das immer wiederkehrende Grundthema, über das die anerkennenswerten Zugeständnisse des Vorentwurfs an den neuzeitlichen Geist nicht hinwegtäuschen können und dürfen. Aus dem Festhalten des alten Straf- und Sühnebegriffes erklärt sich meiner Ansicht nach allein das Bestreben des Vorentwurfs, den § 175 auch auf die Frauen zu erweitern. Denn wenn der Vorentwurf behauptet, daß Fälle der widernatürlichen Unzucht zwischen Frauen in der Neuzeit sich mehren, so dürfte es ihm schwer fallen, einen einwandfreien Beweis dafür zu erbringen. Es ist wichtig zu wissen, was der Inhalt des § 175 ist. Man stößt auf die weitverbreitete Ansicht, daß der § 175 lediglich den Akt der Päderastie unter Strafe gesetzt wissen will, und so ist es zu erklären, daß wir bei der Zurückweisung der Aus-



dehnung des § 175 auf die Frauen das Argument wiederkehren finden, die Forderung, auch die widernatürliche Unzucht zwischen Frauen unter Strafe zu stellen, baue sich auf der Unmöglichkeit auf, daß von Frauen Päderastie ausgeübt werden könne. Der § 175 des bestehenden Strafgesetzbuches aber sagt folgendes: „Widernatürliche Unzucht zwischen Personen männlichen Geschlechts ist der auf Befriedigung des Geschlechtstriebes abzielende Mißbrauch des Körpers eines anderen Mannes zu einem der Duldung eines naturgemäßen Beischlafes ähnlichem Verhalten. Päderastie oder Immissio seminis in einen Körperteil des anderen Mannes ist nicht erforderlich und ebensowenig wirkliche Erreichung des Geschlechtsgenusses durch Samenerguß. Immer aber muß eine Entblößung des männlichen Gliedes auf seiten des aktiven Teils und wenigstens eine Berührung mit dem Körper einer anderen männlichen Person erfolgt sein. Daß der Körper der mißbrauchten Person an der berührten Stelle entblößt ist, wird nicht erfordert. Saugen am männlichen Gliede eines anderen genügt. Dagegen fällt die von Personen männlichen Geschlechts verübte wechselseitige Onanie, weil sie kein Analogon des Beischlafs, nicht unter § 175. Zur Strafbarkeit der widernatürlichen Unzucht zwischen Männern ist im übrigen nicht erforderlich, daß die Unzucht mit Wissen und Willen des duldenden Teils verübt ist. Die Strafbestimmung des § 175 richtet sich gegen die beiden bei einer Unzucht zusammenwirkenden Personen ohne Unterschied, wer dabei als der tätige oder der leidende Teil erscheint, und ob beide oder nur einer dabei eine wollüstige Absicht verfolgt." — Hieraus geht klar und deutlich hervor, daß die Bestrafung wegen widernatürlicher Unzucht nicht beschränkt ist auf die Ausübung der päderastischen Aktes; von der Onanie abgesehen, liegt die Betonung darauf, daß eine Berührung mit dem Körper einer anderen männlichen Person erfolgt sein muß. Damit ist auch klar, inwiefern und inwieweit die sogenannte widernatürliche Unzucht zwischen Frauen unter das zukünftige Gesetz fallen soll.

Wir wollen uns nun der Begründung zuwenden, welche der Vorentwurf dem in Aussicht genommenen § 250, betreffend die widernatürliche Unzucht, zu Teil werden läßt.

Der Vorentwurf sagt:

Die widernatürliche Unzucht, insbesondere zwischen Männern, ist eine Gefahr für den Staat, da sie geeignet ist, die Männer in ihrem Charakter und in ihrer bürgerlichen Existenz auf das schwerste zu schädigen, das gesunde Familienleben zu zerrütten und die männliche Jugend zu verderben. Mit ihr verbunden sind meist ein lichtscheues Treiben und die Anknüpfung von Verbindungen mit Individuen bedenklichster Art. Beides wird selten ohne Rückwirkung auf die sittliche Gesamtpersönlichkeit des so Verirrten bleiben können. Die sich an die erwähnten Verbindungen oft knüpfenden Erpressungen haben nicht selten die schwersten Folgen, wie Tod und



Verbrechen und den Ruin ganzer Familien zur Folge gehabt. Daß durch Ausschweifungen der fraglichen Art in vielen Fällen das normale Familienleben auch sonst schwer leiden muß, und daß davon schwere Folgen zu befürchten sind, ist ohne weiteres klar. Ebenso bekannt sind die Nachstellungen und Verführungsversuche, die von den diesem Laster Ergebenen häufig ausgehen. Es liegt also im dringenden Interesse des Staates, dem Umsichgreifen dieser Art der Unzucht auch weiterhin energisch entgegenzutreten und auch dem Bestreben, sie als eine berücksichtigenswerte bloße physische und psychische Anomalie hinzustellen, durch Aufrechterhaltung des Strafverbots Grenzen zu stecken. Wenn übrigens für dessen Aufhebung geltend gemacht ist, daß dann die Erpressungen und Erpressungversuche mit ihren oft schweren Folgen von selbst verschwinden würden, so ist dies nicht zutreffend. Diese Erscheinungen würden vielmehr fortdauern, da das Treiben der Päderasten nach wie vor von der Gesellschaft würde verdammt werden und die Furcht vor dieser Verdammung ebenso ausreichen würde, die Grundlage von Erpressungen zu bilden, wie jetzt die Furcht vor dem Strafgesetz. Die in der neuesten Zeit mehrfach betonte Auffassung, als handle es sich bei der gleichgeschlechtlichen Unzucht um einen unwiderstehlichen, krankhaften Naturtrieb, der die strafrechtliche Zurechnungfähigkeit aufhebe oder doch bedeutend vermindere, lehnt der Entwurf als unbewiesen und mit den Erfahrungen des praktischen Lebens im Widerspruch stehend ab. Auch manche geschlechtlich an sich normal veranlagten Menschen leiden an einem anormal heftigen Geschlechtstrieb, ohne daß der Strafrichter darauf Rücksicht nähme oder nehmen könnte......... Die Gründe, die für die Bestrafung der widernatürlichen Unzucht zwischen Männern maßgebend sind, führen folgerichtig auch zur Bestrafung der widernatürlichen Unzucht zwischen Frauen, mag sie auch nicht so häufig oder in ihren Erscheinungen nicht so sehr in die Öffentlichkeit getreten sein. Die Gefahr für das Familienleben und die Jugend ist hier die gleiche.

Geradezu erstaunlich ist der Mut, mit dem der Vorentwurf ein so großes Problem, wie es die Homosexualität tatsächlich ist, leichterhand beiseite schiebt. Was von der Wissenschaft über die Frage der Homosexualität gesagt wird, lehnt der Entwurf einfach als unbewiesen und „mit den Erfahrungen des praktischen Lebens im Widerspruch stehend“ ab.

Die Erfahrungen des praktischen Lebens hatten früher dazu geführt, ungezählte Scharen unglücklicher Menschen des Verkehrs mit dem Teufel verdächtig erscheinen zu lassen; die Erfahrungen des praktischen Lebens haben im düstern Mittelalter, welches trotz allem noch heute nicht ganz überwunden ist, Tausende von Hexen in den Tod geschickt; die Erfahrungen des praktischen Lebens haben in gar nicht so weit zurückliegender Zeit in Geisteskranken Teufelbesessene erblicken und demgemäß in brutalster



Weise behandeln lassen und dieselben praktischen Erfahrungen des Lebens brechen noch immer über Tausende unserer Mitmenschen erbarmunglos und schonunglos den Stab. Man wird von solchen Erfahrungen des praktischen Lebens nicht gering und schlecht genug zu denken haben und sich lieber an die echten und wahrhaften Erfahrungen halten, welche wir der stets fortschreitenden Naturwissenschaft zu verdanken haben. Wenn heute im Volke, und dazu rechne ich auch eine große Zahl der Juristen, die Ansicht verbreitet ist, daß die Homosexualität stets und ständig als ein verabscheuenswürdiges und strafbares Laster anzusehen ist, so folgt daraus nicht im mindesten, daß dieser falschen Auffassung auch weiterhin Daseinsberechtigung zugestanden werden darf; es ergibt sich lediglich die Forderung, daß in die weitesten Kreise wissenschaftliche Aufklärung und Bildung zu verbreiten ist. Es ist ein entschiedener Irrtum, zu meinen, daß Homosexualität sich einstelle, wenn Übersättigung und durch die Überreizung Abstumpfung im normalen Geschlechtsverkehr sich eingestellt hat.

Ich halte es auf Grund der Tatsachen für ausgeschlossen, daß jemand durch die Lebensbedingungen zu einer homosexuellen Triebrichtung gelangt. Wenn man darauf hinweist, daß homosexuelle Bestrebungen auftreten, wenn es an Möglichkeit und Gelegenheit fehlt, in normaler Weise Geschlechtsverkehr auszuüben, wenn man immer wieder hervorhebt, daß Internate der verschiedensten Art die Menschen dazu bringen, einen gleichgeschlechtlichen Verkehr auszuüben, so halte ich derartige Behauptungen nicht für erwiesen. Man übersieht meiner Meinung nach hierbei die wichtige Tatsache, daß die bisexuelle Veranlagung weit häufiger vorhanden ist, als man gemeinhin wähnt. Bei bisexueller Verfassung eines Individuums und bei der durch die Verhältnisse gegebenen Erschwerung, in normaler Weise sich dem Geschlechtsverkehr hinzugeben, wird natürlich der homosexuellen Komponente es erleichtert werden, sich auszuleben. Aber nur der Unkenntnis der vorhandenen Bisexualität wird die sich betätigende Homosexualität als Folge der gegebenen Verhältnisse erscheinen; eine tiefer in das Wesen der Dinge gehende Betrachtung wird die endogene Natur der Homosexualität finden. Ein Individuum, welches vorwiegend heterosexuell veranlagt ist, wird in dem Drang des Geschlechtstriebes zur Masturbation gelangen, wenn die Umwelt es ihm nicht gestattet, einen heterosexuellen Verkehr aufzusuchen. Bei der Frage nach der endogenen Begründung der homosexuellen Triebrichtung werden meinem Erachten nach folgende Betrachtungen außer Acht gelassen.



Ich pflege, wenn Homosexuelle in meine Behandlung kommen, nachdem ich allmählich ihr Vertrauen gewonnen habe, ihnen die Frage vorzulegen, ob sie von der Homosexualität befreit sein möchten. Daraufhin habe ich die übereinstimmende Antwort erhalten: Nein! Und ich glaube, dieses Nein würde noch lebhafter und schärfer geklungen haben, wenn die Scheu vor der gesellschaftlichen Ächtung und die Furcht, in den Maschen des Gesetzes hängen zu bleiben, von den unglücklichen Individuen genommen wäre. Aber weiter. Gemäß unserer oberflächlichen Psychologie ist man gewöhnt, nur die Erscheinungen des bewußten Seelenlebens in Betracht zu ziehen. Erst allmählich geht man in die Tiefe und gewahrt die ungeahnte Bedeutung und gewaltige Tragweite des unterbewußten Seelenlebens. Je mehr man sich aber gewöhnt, die aus dem Unterbewußtsein hervorbrechenden Triebkräfte zu berücksichtigen, um so mehr wird man einsehen, welche weitgehende Bedeutung im Seelenleben die Homosexualität besitzt. Man muß sich auch endlich abgewöhnen, unter Sexualität nur die allerstärkste und plumpste Sinnlichkeit und deren Erscheinungsweise zu betrachten. Von größter Wichtigkeit ist selbstverständlich auch die psychische Seite der Sexualität. Die sexuellen Energien sind ja am Aufbau unseres gesamten Seelenlebens auf das innigste beteiligt, und die sexuellen Energien erstrecken sich bis in die allerfeinsten und zartesten Ausläufer unseres Seelenlebens. Man wird stets an der Oberfläche bleiben, wenn man nicht bei der Beurteilung seelischer Phänomene auf die hauptsächlich aus dem Unterbewußtsein kommenden sexuellen Energien zurückgreift. Die Frage der Masturbation ist eine weit schwierigere und zusammengesetztere, als es der gewöhnlichen Auffassung zu sein scheint. Ich habe hier nicht die Masturbation im Auge, welche nur vorübergehend in der Jugend oder später aus Mangel an geeignetem Geschlechtsverkehr auftritt, sondern ich denke an die große Schar der Masturbanten, die mehr oder weniger durch ihre ganze triebkräftige Lebenszeit immer wieder der Masturbation erliegen. Je mehr man sich die Mühe nimmt, in das Seelenleben dieser Personen sich zu vertiefen, je mehr man in das Studium ihrer Träume eindringt, je mehr man ihnen Gelegenheit gibt, von ihrer seelischen Entwicklung zu sprechen und ihnen auf diese Weise hilft, das stark verriegelte Tor zu ihrem unterbewußten Seelenleben zu öffnen, um so mehr wird man sich überzeugen, wie hinter der zutage liegenden Masturbation im Hintergrunde eine dem Individuum unbewußte Homosexualität eine wichtige Rolle spielt. Gerade dieses Wurzeln der homosexuellen Komponente im Unterbewußtsein spricht mir in unwiderleglicher Weise für die endogene Natur der homosexuellen Komponente.

Bekannt ist die nicht geringe Zahl von Menschen, die man als impotent bezeichnet, denen also mehr oder weniger die Fähigkeit abgeht, den normalen heterosexuellen Verkehr zu üben. Man geht völlig fehl, wenn man immer wieder die sogenannten Jugendsünden zur Erklärung dieses bedeutsamen Phänomens heranziehen will. Auch hier ergibt das mühevolle



Eindringen in die geheime Struktur des Seelenlebens des Individuums, daß der Impotenz häufig genug eine unbewußte, aus dem Verborgenen auf die Heterosexualität hemmend wirkende homosexuelle Kraft sich bemerkbar macht. Für die eben erwähnte Impotentia sexualis, bezüglich ihre Parallelerscheinung, die sexuelle Frigidität, gibt die hervorgehobene unterbewußte homosexuelle Komponente eine Wurzel ab; eine andere wichtige Wurzel ist im unterbewußten Inzestkomplex zu suchen, worunter die psychosexuelle Verankerung mit einem der Eltern oder Geschwister zu verstehen ist, worauf ich späterhin noch zu sprechen kommen werde.

Ferner finden wir bei Geisteskranken das bekannte Auftreten des Verfolgungswahns, und sein Inhalt wird oft genug aus der Homosexualität geschöpft, insofern die Kranken wähnen, daß sie wegen vermeintlicher Homosexualität, von der sie gar nichts wissen, Gegenstand der Verfolgung sind. Oder sie glauben in ihrer krankhaften Geistesverfassung, deswegen Gegenstand von Nachstellungen zu sein, damit sie in den vermeintlichen Geheimbund der Homosexuellen eintreten, was sie auf das entschiedenste ablehnen. In beiden Fällen handelt es sich um eigenartige psychische Phänomene, die man unter den Begriff der Projektion subjektiver, dem Individuum unbewußter Geschehnisse in seinem Seelenleben auf die Welt der Objekte, auf die Außenwelt, zusammenfassen muß. Wenn ein Individuum in Geisteskrankheit gerät und wähnt, wegen vermeintlicher homosexueller Neigungen Gegenstand der Beobachtung und Bedrängung durch die Umgebung zu sein, so läßt sich diese Tatsache nur daraus erklären, daß das Individuum tatsächlich in seinem Unbewußten eine stark wirkende, homosexuelle Komponente birgt, die eben durch einen eigenartigen seelischen Mechanismus von dem Individuum weg auf die Außenwelt projiziert wird. Der alte Satz: Aus nichts wird nichts, gilt auch für das Seelenleben, und es heißt völlig unwissenschaftlich verfahren, will man hier das Gesetz der Kausalität oder Motivation nicht in seiner durchgängigen Wirksamkeit anerkennen. Das eindringende Studium des Seelenlebens unserer Geisteskranken bringt uns die wichtige Erkenntnis, daß weit häufiger als wir meinen die unbewußte Homosexualität den Menschen zu schaffen macht, und ein Weg, um diese innere Seelenspannung zu überwinden, ist eben der Ausweg, die eigene unbewußte Homosexualität zu objektivieren, zu vergegenständlichen, auf diese Weise das durch eine falsche Auffassung der Dinge gezüchtete Schuldbewußtsein zu tilgen und dadurch von ihm loszukommen, daß man die eigene Schuld auf fremde Schultern abwälzt. Zahlreiche Wahnvorstellungen unserer Kranken werden erst dadurch begreiflich und sinnvoll, daß wir erkennen, wie mächtig im Unterbewußtsein die Homosexualität wirkt. Für mich folgt daraus wieder, daß an der endogenen Bildung der Homosexualität nicht zu zweifeln ist. Man mache sich doch auch ferner nur die einfache Tatsache klar, worauf Magnus Hirschfeld mit vollem Recht immer wieder aufmerksam macht, daß bei der Entstehung eines Individuums männliches und weibliches Keim-



material zusammenströmt. In der Stammzelle, aus welcher das spätere Individuum sich entwickelt, sind doch immer und immer wieder männliche und weibliche Bestandteile mit einander unablöslich vermischt. Die übliche Trennung in männliche und weibliche Individuen kann nur eine gekünstelte sein. Der reine Mann und das reine Weib können nur die extremen, vielleicht überhaupt nur ideal vorkommenden Grenzfälle sein, zwischen denen die zahlreichen und gar nicht zu übersehenden Zwischenstufen sich aufbauen. Wir haben es hier mit einer unleugbaren Tatsache des Naturerkennens zu tun, als deren unwiderlegliche Folgerung die endogene Natur der Homosexualität sich ergibt.

Ich begnüge mich mit diesen Bemerkungen, die ausreichend erscheinen, um die Oberflächlichkeit darzutun, mit der der Vorentwurf über eine so wichtige Frage, wie es die Homosexualität unzweifelhaft ist, hinweggeht. Es erhellt hier auf das deutlichste, daß der Vorentwurf in bedauerlichster Weise die Tatsachen der naturwissenschaftlichen Forschung und der in ihrem Geiste arbeitenden Psychologie gar nicht kennt oder mit unverzeihlicher Überlegenheit beiseite zu schieben gewillt ist.

Ich gehe nun dazu über, die ferneren Gründe zu prüfen, welche der Vorentwurf anführt, um den § 175 nicht nur aufrecht zu erhalten, sondern auf das weibliche Geschlecht auszudehnen.

Zunächst ist hervorzuheben, daß der Vorentwurf anscheinend die Päderastie besonders betont und den Anschein erweckt, als wenn gerade dieser Akt das Wesentliche des gleichgeschlechtlichen Umganges darstellte. Der Vorentwurf sagt nämlich:

Wenn übrigens für eine Aufhebung (nämlich des § 175) geltend gemacht ist, daß dann die Erpressungen und Erpressungversuche mit ihren oft schweren Folgen von selbst verschwinden würden, so ist dies nicht zutreffend. Diese Erscheinungen würden vielmehr fortdauern, da das Treiben der Päderasten nach wie vor von der Gesellschaft würde verdammt werden und die Furcht vor dieser Verdammung ebenso ausreichen würde, die Grundlage von Erpressungen zu bilden, wie jetzt die Furcht vor dem Strafgesetz.

Hierzu ist Folgendes zu sagen: Zunächst muß entschieden Widerspruch erhoben werden, daß die Päderastie etwa den ausschließlich in Frage kommenden Akt im homosexuellen Verkehr darbietet. Es ist durchaus unzulässig, die Päderastie schlankweg dem gleichgeschlechtlichen Verkehr gleichzusetzen und unter Päderastie die Homosexualität in ihrer Totalität verstanden wissen zu wollen. Freilich ist zuzugeben, daß neben der Furcht vor dem unheilvollen, unglückseligen § 175 ja vielleicht in einem noch höheren Grade die ganze schwere Last einer allerdings schiefen, falschen, törichten und gänzlich mitleidlosen



Beurteilung der Homosexualität durch die in irrtümlicher Anschauung befangene Gesellschaft auf den Gemütern der gleichgeschlechtlich veranlagten Menschen drückt. Daraus folgt aber nur, daß der Kampf nach zwei Fronten geführt werden muß: einmal muß das unwürdige Ausnahmegesetz, welches in Gestalt des § 175 über zahllose unserer Mitmenschen verhängt ist, fallen, und gleichzeitig muß in geeigneter Weise eine rein sachlich belehrende und aufklärende Kenntnis des ungemein wichtigen homosexuellen Problems erfolgen. Die verbrecherischen Gesellen, die Raubtiere in den Erpressern, werden unschädlich gemacht und sicherlich allmählich von selbst aussterben, wenn für ihre Jagdgelüste kein Freiwild sich bietet. Die Aufhebung des § 175 würde aber sicherlich bedeuten die Trockenlegung eines Sumpfes, worin das Erpressergesindel nur allzu gut und üppig gedeihen kann. Geht Hand in Hand mit dieser Gesundung der Verhältnisse eine Umstimmung in der Auffassung und Beurteilung der Homosexualität von Seiten der Gesellschaft, was bei hinreichender Aufklärung nur eine Frage der Zeit sein kann, so wird auch von dieser Seite her dem Verbrechertum unweigerlich das Wasser und die Zufuhr abgegraben werden. Im übrigen ist auch mit der vom Staate geduldeten und von der Gesellschaft anerkannten Prostitution eine überreiche Fülle krimineller Individuen verknüpft. Der Kampf gegen die Prostitution wird aber auch nicht mit Hilfe des Strafgesetzbuches geführt, sondern darüber ist man sich wohl allseits einig, daß an ein Verschwinden oder Eindämmen der Prostitution nur durch eine vollständige Umwandlung unserer sozialen und sittlichen Zustände zu denken sein kann. Wie die Dinge heute liegen, wohnen Verbrechertum und Prostitution nahe beieinander, und erst mit einer Sanierung der Prostitution ist auf ein Schwinden ihrer Begleiterscheinungen zu hoffen.

Ich habe schon wiederholt hervorgehoben, daß die Päderastie keinenfalls die charakteristische ausschließliche Eigenart der Homosexualität darstellt.

Inwieweit die Päderastie verbreitet ist, in welchem Umfange sie geübt wird, das dürfte zahlenmäßig festzulegen wohl auf unüberwindliche Schwierigkeiten stoßen. Aber jeder Kenner der einschlägigen Verhältnisse wird zugeben müssen, daß die Päderastie nur eine Teilerscheinung der gleichgeschlechtlichen Veranlagung bildet. Doch ist nicht zu vergessen, daß auch zwischen Heterosexuellen neben dem normalen Akt, vielleicht gar nicht so selten als man denkt, die päderastische Betätigung vorkommt.



Warum will man aber gerade die Päderastie unter Strafe stellen? Welches Recht kann der Staat sich zubilligen, darüber zu entscheiden, in welcher Weise gesunde, erwachsene Menschen mit einander in körperliche Berührung treten, ohne daß dadurch ein Dritter geschädigt wird? Wenn wir ehrlich und vorurteilfrei uns prüfen und ohne Hinterhalt der Wahrheit Stimme verleihen wollen, dann müssen wir sagen, daß auch im heterosexuellen Verkehr keineswegs eine allgemeingültige und für alle Individuen gleich zutreffende Art und Weise des sexuellen Verkehrs zu Grunde zu legen ist. Keineswegs durchgängig ist der heterosexuelle Verkehr von dem veredelnden Lichtschein der Ästhetik und einer adelnden Durchgeistigung gehoben und verklärt. Von dem brutalen Sinnengenuß und der schrankenlosen Hingabe, von dem sinnverwirrenden Tumulte und stürmischem Ausleben der blind entfesselten Triebe bis zu dem sublimiertesten und lebensfreudigsten Genusse in Schönheit und Seelenverwandtschaft stellen sich alle möglichen Übergänge und Zwischenstufen dar. Die Heterosexualität an sich trägt ebenso wenig den Adelsbrief in sich, wie die Homosexualität ohne weiteres mit Bestialität identifiziert werden darf. Unter Umständen kann ein homosexuell gerichtetes Menschenpaar sittlich ungleich höher stehen als Individuen, welche durch das Band der Heterosexualität mit einander verbunden sind. Wenn zwei homosexuelle Menschen, in wahrer und reiner Liebe einander zugetan, sich körperlich verbinden, so sind sie unzweifelhaft sittlich höher zu erachten, als wenn ein weibliches Individuum bloß um einen Mann zu bekommen, sich irgend einem Ersten-Besten an den Hals wirft, oder wenn ein Mann, um leichter durch das Leben zu gehen, um schnöden Mammons willen Seele und Körper verkauft. Wenn es fraglich ist, ob der Geist sich den Körper baut, so ist es unfraglich, daß der Geist es ist, der der Sexualgemeinschaft erwachsener Menschen erst Adel, Würde verleiht. Zwischen erwachsenen Menschen ist die Ausübung des päderastischen Aktes lediglich Sache ihres Geschmackes. Aber hierüber hat das Strafgesetz nicht zu wachen, ebenso wenig, wie kein Engel mit dem strafenden Schwerte vor dem Schlafgemach heterosexueller Individuen die Wacht übernimmt. Noch einmal sei es gesagt: es ist eine völlige Verkennung der tatsächlichen Dinge, wenn man glaubt, daß die Päderastie mit homosexueller Betätigung im allgemeinen sich deckt.

Der Vorentwurf will aber aus dem Grunde den § 175 aufrechterhalten und ihn auf das weibliche Geschlecht erweitern, weil die widernatürliche Unzucht geeignet sei, das gesunde Familienleben zu zerrütten und die Jugend zu verderben.

Der Vorentwurf stellt einfach diese Behauptung hin, ohne auch nur einen Schimmer eines Beweises zu erbringen. Wenn man den Worten des Vorentwurfs über die Schädigung des Familienlebens durch die Homosexualität einen Sinn unterlegen darf, so kann es wohl nur



der sein, daß der Vorentwurf zu der Annahme glaubt berechtigt zu sein, daß Individuen, welche in der heterosexuellen Ehe keine Befriedigung ihrer Sexualität mehr finden, nunmehr dazu übergehen, durch homosexuelle Betätigung ihre stumpfen Nerven wieder aufzupeitschen. Davon ist aber gar keine Rede. Wer heterosexuell hauptsächlich veranlagt ist und auf irgend welche Weise vom Weg der Tugend und Ehre abgleitet, sucht nicht Reiz und Befriedigung in den Armen eines Gleichgeschlechtlichen, sondern eines Heterosexuellen.

Der Vorentwurf will sich zum Hüter des Familienlebens aufwerfen, aber ist es nicht eine allzu sichere Tatsache, daß der Ehebruch in vielen Ehen an der Tagesordnung steht? Daß unter der elenden Herrschaft des Mammonismus nicht selten der Ehegatte genau weiß, welchen Weg seine Gattin beschreitet, um ein glänzendes, wenn auch übertünchtes Leben führen zu können? Sind nicht viele Ehen geschmückte Gräber, in denen Fäulnis und Verwesung herrscht? Und wer ruft hier nach dem Strafgesetzbuch? Erwartet man nicht vielmehr die Gesundung dieser bekannten und grauenerweckenden Dinge durch fortschreitende Kultur und Veredelung der Sitten?

Doch eine Wahrheit steckt allerdings in der Betonung der Gefährdung des Familienlebens durch die Homosexualität. Aber wie? Unter dem Drucke und der Ächtung der Homosexuellen durch die Gesellschaft und dem niederdrückenden Gefühl, einsam, verlassen und ausgestoßen durch das Leben gehen zu müssen, versuchen nicht wenige gleichgeschlechtlich geartete Individuen in den bergenden Hafen der Ehe sich zu flüchten. Dazu mögen auch wirtschaftliche Verhältnisse beitragen und das Verlangen, mühelos in Geldbesitz zu kommen, welches ja nur allzu häufig Stifter eines Ehebundes wird, mag auch manchen Homosexuellen treiben, in gewinnsüchtiger Absicht eine Ehe einzugehen. Ich glaube aber, daß in der Mehrzahl der Fälle die Dinge verwickelter und schlimmer liegen. Ich hatte schon vorhin nachdrücklich darauf hingewiesen, welche hervorragende Bedeutung die dem Individuum unbewußte Homosexualität besitzt. Es gibt eine große Reihe von Männern, welche sich unfähig fühlen, den heterosexuellen Akt zu vollziehen, und auf der anderen Seite gibt es genug weibliche Wesen, welche mit einer starken sexuellen Frigidität begabt sind. Ein eingehenderes Studium des seelischen Mechanismus dieser Individuen, eine verfeinerte Seelenanalyse ergibt nun in zahlreichen Fällen, daß eine Hauptwurzel oder wichtige Wurzel der Impotenz in



einer dem Individuum unbewußten Homosexualität zu suchen ist. Das Individuum fühlt sich impotent und sieht hierin eine physische Minderwertigkeit, auf deren Boden die mannigfaltigsten Verstimmungen und Unlustgefühle bis zum Lebensüberdruß erwachsen. Um jeden Preis möchte das Individuum der Lebensbestimmung folgen können. Das Individuum fühlt sich von dem heißesten Wunsche gepackt, die tiefsten Freuden des Lebens zu genießen, in den Fluten des Lebens unterzutauchen, Leben zu erzeugen. Darum sucht ein solches Individuum mit aller Inbrunst die Ehe, gleichzeitig verführt von dem verhängnisvollen Irrtum, daß in der Ehe sich alles von selbst finden werde. Wird aber eine solche Ehe geschlossen, dann ziehen an dem heiteren Lebenshimmel der Vermählten alsbald immer bedrohlichere Wolken herauf, welche sich schließlich in einem die Ehe verderbenden Gewitter entladen können. Denn die Ehe ist einmal keine Heilbringerin für eingewurzelte Impotenz. Bleibt diese Unfähigkeit bei dem einen Individuum bestehen, und kann sie nicht gehoben werden, so treten bei dem Partner, namentlich wenn er leidenschaftlich veranlagt ist, mehr oder weniger schwerwiegende und nachteilige nervöse Störungen auf; den Angstzuständen, mit ihren qualvollen Folgeerscheinungen werden die Pforten geöffnet. Auf diese Weise erfährt das Familienleben allerdings einen bedenklichen Stoß. Krankheit und Ungemach aller Art zieht in die Familie ein. Nun kann es kommen, daß die unbewußte Homosexualität des einen Individuums zur bewußten wird. Hier ist der Weg geebnet, daß die homosexuelle Triebrichtung ihrem Ziele nachgeht und die Ehe schädigt.

Die Homosexualität kann also dem Familienleben äußerst gefährlich werden, aber auf einem Wege, den der Vorentwurf nicht einmal zu ahnen scheint. Die Bedeutung der Homosexualität für das Eheleben in ihrer verhängnisvollen Wirkung wird heute völlig verkannt. Mit Recht stellt man mehr und mehr die Forderung auf, daß bei einer Eheschließung nicht die Rücksicht auf die Geldfundierung im Vordergrund zu stehen hat, sondern daß die Gesundheit der Körper und Seelen in erster Linie in Betracht zu ziehen sei. Nicht zum wenigsten aber ist hierbei in Betracht zu ziehen, daß auch die Sexualität der zukünftigen Eheleute eine harmonisch zusammenklingende sei. Auch hier wird die ungeschminkte und ehrliche Aufklärung die besten Früchte zeitigen und wird allein geeignet sein, so manches Familienleben vor Sturm und Ungewitter, vor Erschütterung und Zerstörung zu schützen und zu bewahren. Aber nun und nimmer kann ein Paragraph des Strafgesetzbuches das Heil der Ehe bedeuten.



Es ist außerordentlich zu bedauern, daß selbst die Justizkommission des deutschen Vereins für Psychiatrie in ihren Bemerkungen zum Vorentwurfe des Strafgesetzbuches auf die Behandlung, welche die Sexualität im Vorentwurf zu einem deutschen Strafgesetzbuch erfährt, nicht eingegangen ist. Es ist mir einfach unverständlich, warum die Justizkommission des deutschen Vereins für Psychiatrie eine Kritik des § 175 außer Acht gelassen hat. Gerade die Vertreter der psychiatrischen Wissenschaft haben in allererster Linie innerste Veranlassung, lauten Einspruch zu erheben, daß der § 175 nicht nur beibehalten, sondern auch noch eine weitgehende Erweiterung erfahren soll. Ich meine, schon lange genug ist durch den unheilvollen § 175 über zahllose Mitmenschen Schmach und Schande, Leid und Trauer gekommen. Es muß sich ein Jeder klar machen, der für den § 175 und seine Erweiterung eintritt, daß er die Mitschuld trägt, wenn weiterhin eine ganze Gruppe seiner Mitmenschen in Acht und Bann getan wird und Gefahr läuft, der Schärfe des Gesetzes zu verfallen oder in die Schlingen der vom Raubtierinstinkt ergriffenen Erpresserindividuen zu geraten. Den § 175 auf das weibliche Geschlecht ausdehnen heißt nichts anderes, als eine Summe von Unrecht und Unsinn zu vergrößern. Es ist mit Sicherheit vorauszusagen, daß durch die Erweiterung des § 175 zum § 250 das Heer der Erpresser wachsen und zu den männlichen Leidtragenden eine große Zahl weiblicher Schicksalsgenossinnen stoßen wird. Die Vertreter des § 175 und seiner Ausdehnung auf das weibliche Geschlecht müssen sich ferner klarmachen, daß sie Mitschuldige werden an einer großen Zahl von Selbstmorden, die den Abschluß so manchen jungen Lebens bilden, welches aus der sexuellen Triebwelt keinen anderen Ausweg finden kann, da der Trieb, als zu seinem Leben gehörig, auf die Dauer sich nicht unterdrücken läßt und andererseits ein fortgesetztes Schweben in Gefahr, verbunden mit dem niederdrückenden Gefühl, einsam und abseits stehen zu müssen, schließlich unerträglich wird.

Nun kommt aber noch ein wichtiger Gesichtspunkt, der eine besondere Betrachtung verdient. Will man sich auf den Standpunkt stellen, daß die gleichgeschlechtliche Triebrichtung nicht anerkannt werden darf, daß alles zu geschehen habe, sie zu beseitigen, so ist der Weg, welchen das Strafgesetzbuch einschlägt und weiterhin einschlagen will, völlig verfehlt und aussichtlos. Gerade ein näheres Eingehen auf

die Verhältnisse, welche der § 175 ins Auge faßt, muß zu der Überzeugung führen, daß die alten Begriffe von Strafe und Sühne zu fallen haben. Ich meine, es müßte ohne weiteres klar sein, daß gerade auf dem Gebiete der Sexualität durch Strafe, durch einfache Internierung, durch Absonderung aus dem gesellschaftlichen Leben nimmermehr etwas erreicht werden kann. Gerade hier wird es von vornherein klar und durchsichtig, daß an Stelle des kalten, schematischen Strafsystems nur ein Heilverfahren am Platze sein kann. Ich habe oben den endogenen Charakter der Homosexualität betont. Aber vielleicht liegen die Dinge auch hier noch verwickelter, als man auf den ersten Blick meinen möchte. Das erhellt besonders deutlich, wenn wir im Verfolg einer Seelenanalyse auf die unterbewußte homosexuelle Triebkraft stoßen. Wir finden bei weiterem Graben in dem Seelenleben eines derartigen Individuums, daß noch andere unterbewußte Seelenkomplexe sich herausheben lassen. Wie ich schon einmal bemerkte, spielt eine große Rolle die psychosexuelle Verankerung eines Individuums mit einem seiner Eltern oder Geschwister.

Es kann sein, daß ein junges Wesen infolge der weitverbreiteten, unter Umständen aus der wirtschaftlichen Notlage erklärlichen Unsitte, mit den Eltern im selben Zimmer zu schlafen, häufig Gelegenheit bekommt, frühzeitig, vielleicht auch in einem gefährlich empfänglichen Lebensalter von intim-sexuellen Vorgängen zwischen den Eltern Kenntnis zu bekommen. Hierzu kommt noch die weit verbreitete, durch übertriebene Elternliebe bewirkte Neigung, Kinder ins Bett zu nehmen. Aus diesen verkehrten Maßnahmen erwächst die Gefahr, daß in dem Kinde eine verhängnisvolle psychosexuelle Verlötung mit einem der Eltern stattfindet. Wir haben es hier mit einer wichtigen seelischen Schädigung zu tun, welche das Kind erfährt. Aber auch unabhängig von einem solchen Trauma kann im sexuellen Phantasieleben eines Kindes die Richtung auf einen der Eltern in bedenklicher Weise eingeschlagen werden; es wird sich hier um Vorgänge handeln, die im Sinne eines Atavismus zu erklären sind. Vielleicht spielt dieser Atavismus auch dann eine wichtige Rolle in Gestalt einer bedeutsamen Prädisposition, wenn, wie oben berührt wurde, das Kind zum Zuschauer intimer ehelicher Vorgänge bei den Eltern wurde. Wie stark die angeborene Verfassung eines Individuums hierbei mitspricht, geht daraus hervor, daß ein Mädchen mit der Mutter, ein Knabe mit dem Vater in seinem psychosexuellen Seelenleben allzu innig verbunden sein kann. In diesen Fällen, wie auch in jenen Fällen, wo der Knabe mit der Mutter[1]), das Mädchen mit dem Vater über die Norm sich

[1]) Der Philosoph *Ludw. Feuerbach* sagt: Der Sohn ist an und für sich ein Mittelwesen zwischen dem männlichen Wesen des Vaters und



verankert, kommt es nun im weiteren seelischen Ablauf zu einem eigenartigen Mechanismus dergestalt, daß die überbetonte Übertragung auf die Eltern aus dem bewußten Seelenleben, sofern sie bewußt wurde, in das Unterbewußtsein herabgedrückt und hier festgehalten wird. Aber die Verknüpfung des Individuums mit einem der Eltern kann eine so innige sein, daß sie weitere Wellen im Seelenleben des Befallenen schlägt. Ist ein männliches Individuum in seinem Unterbewußtsein mit der Mutter innig verbunden, so kann aus dieser fortbestehenden Fixierung eine Impotentia sexualis erfolgen. Das Individuum sucht nämlich nach weiblicher Ergänzung, aber gleichzeitig wird es immer von seinem Ziele abgedrängt, weil hinter all seinen Objekten die ins Unterbewußtsein verdrängte Mutter steckt, wogegen die Inzestschranke aufgerichtet steht. Ein anderer Ausweg bietet sich in der völligen Verdrängung des heterosexuellen Triebes und die homosexuelle Komponente kann zum Durchbruch kommen. Das Individuum flüchtet sich gewissermaßen in die Homosexualität, die aber auch dann meines Erachtens nach als endogener Faktor vorhanden sein muß. Bleibt ein Knabe mit seinem Vater psychosexuell verbunden, so wird natürlich hierdurch der Weg zur Homosexualität geebnet werden. Dieser hier skizzierte Mechanismus läßt sich durch eingehende Seelenanalyse immer und immer wieder auffinden, und wie Dr. *Sadger*, ein Schüler Professor *Freuds*, dem wir die bedeutsame Lehre von den psychosexuellen Mechanismen verdanken, gezeigt hat, ist durch die Bloßlegung des Inzestkomplexes und seine geistige Überwindung mit Hülfe des Arztes vielleicht ein Weg gegeben, die homosexuelle Komponente zum Schweigen zu bringen. Die Aussicht hierfür wird um so günstiger sein, je schwächer von Haus aus der endogene homosexuelle Faktor ist, je mehr es sich um eine bisexuelle Veranlagung handelt. Die Aufgabe, welche dem Arzte gestellt ist, wird dann darin bestehen, den Versuch zu machen, durch systematische Seelenanalyse und Erziehung die homosexuelle Seite im Individuum zu schwächen, die heterosexuelle Seite zu stärken. Wir stehen hier erst in den allerersten Anfängen einer neuen Auffassung der Dinge und es muß der Zukunft freilich vorbehalten bleiben, hier das letzte Wort zu sprechen, ob aus einer theoretischen Anschauung praktische Früchte zu erzielen sein werden. Aber der Weg, den ich angegeben habe, muß beschritten werden; das ist und bleibt eine Forderung der Wissenschaft und darum wende ich mich mit aller Entschiedenheit auch auf dem Gebiete der Homosexualität gegen das alte Strafsystem und seine Erweiterung.

In seinem großartigen Werke „Der Sexualverbrecher“ [1]) sagt *Erich*

---

dem weiblichen der Mutter; er ist gleichsam noch halb Mann halb Weib, indem er noch nicht das volle, rigorose Selbständigkeitbewußtsein hat, welches den Mann charakterisiert, und mehr zur Mutter als zum Vater sich hingezogen fühlt. Die Liebe des Sohns zur Mutter ist die erste Liebe des männlichen Wesens zum weiblichen.

[1]) *Erich Wulffen*, „Der Sexualverbrecher“, Verlag Dr. Langenscheidt, 1910.

Wulffen: „Es gilt nicht zu strafen, zu entehren, sondern zu heilen für einen irregeleiteten Sexualtrieb. Nicht alles zu tun, was ihn noch weiter in die Irre zu leiten, sondern alles, was ihn nach Möglichkeit zur Norm zurückzuführen geeignet ist..... Den Begriff der Therapie nehmen wir aus der Psychiatrie herüber; die körperliche und vor allem die psychische Beeinflussung, die dort im Vordergrund des Heilungverfahrens stehen, müssen auch hier zur Geltung kommen."

Im eben angeführten Werk „Der Sexualverbrecher" hält *Wulffen* den Strafschutz für die Jugend für ungenügend. Er hält das als Altersgrenze vorgeschlagene 16. oder 18. Lebensjahr noch für zu niedrig und ist der Meinung, daß der junge Mann absolut bis zum 20. Lebensjahre mindestens, wenn nicht bis zur Volljährigkeit, also bis zum 21. Jahre, geschützt werden muß. Gerade die Jahre von 16—20 sind, wie *Wulffen* mit Recht austührt, die gefährlichsten, weil sich in ihnen der Geschlechtstrieb festlegt. Ich bin mit *Wulffen* durchaus der Meinung, daß für beide Geschlechter die Schutzgrenze möglichst hoch hinaufgesetzt werden soll. Ich halte das 20., mindestens aber das 18. Jahr als Schutzgrenze für gegeben. Die Jugend muß in weitestgehender Weise geschützt werden gegen Angriffe und Übergriffe, von welcher Seite sie immer kommen, und welchen Charakter sie auch tragen mögen, wobei es natürlich völlig gleichgültig sein muß, ob der Verführer und Ausbeuter homosexuell oder heterosexuell in seinem Triebleben gerichtet ist. Auf das schärfste zu verurteilen und mit allen Mitteln zu verhindern ist der Mißbrauch der Gewalt in jeder Form. Der Abhängige und Schwache muß in weitestgehendem Maße geschützt werden gegen jede Bedrohung und Vergewaltigung, sei sie materieller oder ideeller Herkunft. Erwachsene Menschen aber stehen in ihren intimen Beziehungen zu einander lediglich unter den Gesetzen der Ästhetik und Ethik, nimmermehr unter dem Paragraphen des Strafgesetzbuches. Die Aufgabe der Gesellschaft aber ist es, dafür zu sorgen, daß Ästhetik und Ethik immer mehr und immer tiefer unser Volksleben erfüllen mögen.



Unsere Stellung zur Organisation des Krankenpflegepersonals[1]).

Von

Oberarzt Dr. **Buder.**

Die Wärterfrage hat unsere Versammlungen in den letzten Jahren nicht mehr beschäftigt. Sie ist in den Hintergrund getreten gegenüber anderen, meist wissenschaftlichen Fragen. Und doch ist die Wärterfrage, gerade für uns Anstaltärzte, eine Frage, die uns mit all ihren praktischen Konsequenzen tagtäglich beschäftigt. Wenn ich nun heute vor Ihnen die Frage zur Sprache bringe, so geschieht dies deshalb, weil wir einer neuen Erscheinung unter unserem Pflegepersonal gegenüber Stellung zu nehmen haben, einer Erscheinung, die sich mehr und mehr in den Irrenanstalten ausbreitet, ich meine die Organisation des Krankenpflegepersonals. Wenn ich heute die Organisationsbestrebungen des Krankenpflegepersonals zur Diskussion stelle, so geschieht dies, ich brauche dies wohl kaum ausdrücklich hervorzuheben, nur vom Standpunkt des Arztes aus, der für das Wohl und Wehe seiner Kranken verantwortlich ist, der aber auch, wiederum im Interesse seiner Kranken, für das Pflegepersonal besorgt sein muß. Andere, etwa parteipolitische Betrachtungen über Organisation und Gewerkschaftbewegung, gehören nicht hierher.

Ehe ich aber auf die Organisationsbestrebungen des Pflegepersonals näher eingehe, muß eine Vorfrage kurz erörtert werden, deren Bejahung erst eine Berechtigung zu einer Organisation der Irrenpfleger schafft, nämlich die Frage: Soll das Pflegepersonal an den Irrenanstalten ein Berufspflegepersonal sein oder nicht? Bei der Kürze der mir zur Verfügung stehenden Zeit können nicht alle Gründe für

[1]) Aus der K. württ. Heilanstalt Winnental (Direktor Medizinalrat Dr. *Kreuser*). Vortrag gehalten auf der Jahresversammlung des Deutschen Vereins für Psychiatrie am 22. April 1911 in Stuttgart.



und wider hier angeführt werden, es ist dies auch nicht notwendig, dachdem auf der Heidelberger Tagung unseres Vereins im Jahre 1896 niese Frage ausführlich behandelt worden ist. Mit *Grashey*, dem damaligen Referenten, steht die Mehrzahl der Irrenärzte heute ja wohl auf dem Standpunkte, daß wir ein Berufspflegepersonal brauchen, wenn wir mit tüchtigem und erfahrenem Personal versorgt sein wollen. Sehr richtig bemerkt *Hoppe*, daß nur ein Berufspflegepersonal mit der Anstalt verwächst, uns wenigstens einen Stamm zuverlässiger Personen sichert, weil es sich hütet, seine Stellung leichtsinnig durch Ausschreitungen zu gefährden.

Zu den entschiedensten Gegnern der Forderung eines Berufspflegepersonals gehörte der damalige Korreferent *Ludwig*; hauptsächlich aus dem Grunde, weil erfahrunggemäß die Tüchtigkeit und Brauchbarkeit des Wartepersonals nicht in geradem Verhältnis zu dem Dienstalter zu wachsen pflege, und weil es nicht angehe, fortschreitend schwächere Leistungen zunehmend besser zu bezahlen, endlich auch die Anstalt auf die volle Kraft, die ungeteilte lernbegierige Aufmerksamkeit und ein noch frisches, empfängliches Gemüt des Wärters angewiesen sei; daher empfehle sich die Regel, den Verbleib der Wärter in dem Dienste der Anstalt der Regel nach auf ein bestimmtes, nicht zu spätes Lebens- und Dienstalter zu beschränken (d. h. auf eine fünf- bis sechsjährige Dienstzeit). Es ist wohl bekannt, daß auch heute noch eine Anzahl von Kollegen das Berufpersonal ablehnt, weil der Irrenpfleger durch seinen Beruf sich vorzeitig abnütze und verbrauche. Aber, damit dies eben nicht geschehe, „darf" — ich zitiere *Graseys* Worte — „die Organisation des Pflegedienstes nicht so sein, daß sie die geistigen und körperlichen Kräfte der Beteiligten vorzeitig aufreibt und dadurch die Kranken der Vorteile beraubt, welche ein gut geschultes, erfahrenes und stabiles Pflegepersonal bietet". Ein solches Pflegepersonal brauchen wir aber heute noch mehr als damals, wo mit den Fortschritten der Psychiatrie auch die Anforderungen an das Pflegepersonal — ich erinnere nur an die Bäderbehandlung — gewachsen sind; und daß wir ein gut geschultes und stabiles Personal bekommen, ist m. E. nur möglich, wenn wir anstreben, daß wenigstens ein Teil unseres Personals ein Berufspflegepersonal wird.

Die Irrenpflege ist ein Zweig der Krankenpflege; und nachdem durch Beschluß des Bundesrats vom 22. März 1906, betreffend die



staatliche Prüfung von Krankenpflegepersonen, die Krankenpflege auch staatlich als ein eigentlicher Beruf anerkannt worden ist, wird man in einer Zeit, wo fast jeder Beruf sich organisiert zur Hebung seiner sozialen und wirtschaftlichen Lage, auch dem Krankenpflegepersonal und damit auch dem Irrenpflegepersonal die innere Berechtigung zur beruflichen Organisation nicht absprechen dürfen.

In der psychiatrischen Literatur ist über Organisationsbestrebungen des Irrenpflegepersonals nur wenig enthalten; wohl weniger aus dem Grunde, wie *Hoppe* meint, weil das Wort „Organisation" in manchem Ohr einen unangenehmen Beiklang besitzt und die Erinnerung an Sozialdemokratie, Streik und Boykott weckt, als vielmehr deshalb, weil bisher die Berufsorganisationen nicht in dem Maße in unseren Anstalten eine Rolle spielten, daß man ernstlich damit sich zu beschäftigen gehabt hätte. Dagegen, und das darf vielleicht an dieser Stelle hervorgehoben werden, zeigt die Durchsicht der Literatur über die Wärterfrage, daß für die Hebung des Wärterstandes in materieller und beruflicher Hinsicht von berufener Seite, den Irrenärzten, sehr viel getan und sehr viel erstrebt worden ist, lange bevor es eine Organisation des Wärterstandes gegeben hat; und wenn nicht mehr erreicht worden ist, wenn noch da und dort Wünsche zu erfüllen sind, so war die Macht der Verhältnisse größer als der gute Wille.

Was ich über Organisationsfragen in unserer Literatur finden konnte, betrifft lokale Organisationen, die allgemeine Bedeutung nicht erlangen konnten. Der erste, der, wie ich *Hoppe*s Ausführungen entnehme, dafür eingetreten ist, Berufsgenossenschaften unter dem Pflegepersonal zu gründen, war der ältere *Scholz*; *Hoppe* selbst sieht den Wert einer solchen „Pflegerschaft", die aus ihrer Mitte als Organ einen Pflegerausschuß wählt, vor allem in der Erweckung eines wirklichen Standesbewußtseins. Eine ähnliche Organisation ist unter dem Personal der städtischen Irrenanstalten Berlins eingerichtet worden, mit dem Zwecke, dem Personal Gelegenheit zu geben, durch selbstgewählte Vertreter Anträge, Wünsche und Beschwerden vorzubringen und hierüber sowie über sonstige auf ihr Wohl bezügliche Fragen auf Verlangen des Direktors gutachtliche Äußerungen abzugeben. Nur lokales Interesse bieten auch die Vereine der angestellten Pfleger und Pflegerinnen der Provinzialanstalten Pommerns und Schlesiens.

Neben diesen angeführten und einer Reihe anderer lokaler Vereinigungen gibt es aber weitverzweigte Berufsorganisationen des Krankenpflegepersonals, die allgemeines Interesse bieten. Wie ich dem Buche *Streiters*, dem Vorsitzenden des Deutschen Verbands der Krankenpfleger und -pflegerinnen, über „die wirtschaftliche und soziale Lage des Krankenpflegepersonals in Deutschland" entnehme, gibt es einen Deutschen Krankenpflegerbund, dessen Bedeutung hauptsächlich in der Stellenvermittlung liegt, mit seinem Organ, der Deutschen Krankenpflegerzeitung. Für einen großen Teil des weiblichen, frei erwerbenden Krankenpflegepersonals besteht die Beruforganisation der Krankenpflegerinnen Deutschlands in Berlin, es gibt ferner einen internationalen Weltpflegerinnenbund, der in London gegründet worden ist. Endlich ist ein Teil des Krankenpflegepersonals dem sozialdemokratischen Verband der Staats- und Gemeindearbeiter angegliedert.

Uns interessiert hier am meisten der Deutsche Verband der Krankenpfleger und Krankenpflegerinnen mit dem Sitz in Berlin, mit seinem Verbandorgan „Der Krankenpfleger". Dieser Verband hat in einer Reihe von Irrenanstalten Fuß gefaßt, teils sind Ortsgruppen gegründet worden, teils gehören ihm nur einzelne Pfleger als Mitglieder an. Nach seinen Satzungen verfolgt dieser Verband, auf christlich-nationaler Grundlage stehend, den Zweck, die wirtschaftlichen, sittlichen und sozialen Interessen seiner Mitglieder mit allen vom Gesetz gestatteten Mitteln zu vertreten. Eine Erörterung konfessioneller und parteipolitischer Fragen ist nicht zulässig. Als Mittel zu der Erreichung dieses Zweckes werden unter anderem angegeben: Veranstaltung und Durchführung fachlicher Lehrkurse, Pflege kollegialen Geistes unter den Mitgliedern; Belehrung der Mitglieder über alle Fragen, die das Arbeitverhältnis berühren, praktische Unterweisung in den bestehenden sozialen Gesetzen durch Vorträge in den Versammlungen und durch die Verbandzeitung, Einreichung von Eingaben an die Parlamente und die Direktionen; Erstrebung und Erhaltung guter Lohn- und Arbeitbedingungen, Beseitigung von Mißständen in den Dienstverhältnissen in bezug auf Behandlung und Arbeitzeit, Errichtung von Unterstützungskassen, freier Rechtschutz in allen gewerblichen Streitigkeiten, Errichtung eines kostenfreien Zentralstellennachweises; Gewährung von Reise- und Arbeitlosenunterstützung sowie Sterbegeld; Einrichtung einer Fachbibliothek.

Was uns noch weiter interessiert, ist die Frage eines Streiks. Rechtlich ist das Streikrecht im Krankenpflegeberuf nicht beschränkt; dagegen hat der II. Delegiertentag des Deutschen Verbandes der Krankenpfleger und -pflegerinnen den Streik ausdrücklich abgelehnt, in der richtigen Erkenntnis, daß der Streik im Krankenpflegeberuf ein Barbarismus und gewissenlos wäre. Diese ausdrückliche Ablehnung des Streiks war sehr notwendig, da der Gedanke an einen Streik selbst unter Irrenpflegern erörtert wurde. So drohte in Hessen das Pflegepersonal mit einem Streik, wenn seine Forderungen nicht erfüllt würden; ob der Streik auch durchgeführt worden ist, ist mir nicht bekannt geworden, voraussichtlich hätte er zu keinem Resultat geführt. Ein Recht auf Streik könnten wir unseren Pflegern nie und nimmermehr zuerkennen, und es wäre falsch und eine Verkennung der Tatsachen, wenn man hierbei etwa auf den Kölner Ärztestreik hinweisen wollte. Übrigens fällt für diejenigen Pfleger, die im Staats- oder Gemeindedienst stehen, das Streikrecht von vornherein weg.

Die Erfahrungen, die an den einzelnen Irrenanstalten mit der Organisation des Pflegepersonals bis jetzt gemacht worden sind und noch gemacht werden, müssen naturgemäß verschieden sein, verschieden, weil sie nicht bloß abhängig sind von der Person derjenigen, die in einer Ortsgruppe maßgebend sind, sondern auch von den regionären Unterschieden innerhalb der Irrenpflege überhaupt. Bei dieser regionären Verschiedenheit in der Stellung der Irrenanstalten liegt eine Gefahr in einer allgemeinen Organisation. So verschieden die Irrenpflege in den einzelnen Staaten und Kreisen geregelt ist, so verkehrt wäre es, eine völlige Gleichstellung des Pflegepersonals in den einzelnen Irrenanstalten zu verlangen oder durchsetzen zu wollen; so wird von einem bayerischen Anstaltdirektor die Organisation gewarnt, unerfüllbare Forderungen, wie die Gleichstellung des Personals seiner Anstalt mit andern bayerischen Anstalten, zu erstreben, mit Rücksicht auf die insbesondere in finanzieller Hinsicht verschiedene Lage der einzelnen Kreise. Und von einer andern Anstalt heißt es, daß bis zur Ausübung des Koalitionrechtes durch Gründung einer christlich-nationalen Organisation Ruhe und Zufriedenheit unter dem Pflegepersonal herrschte, seitdem aber Zwietracht und Unfriede. Darin liegt eben eine weitere Schwierigkeit: wenn nicht sämtliche Pfleger einer Anstalt sich der Organisation anschließen, und das wird nicht die

Regel sein, wird unter Umständen das einträchtige Zusammenwirken aller Kräfte gestört und eine gleichmäßige und gerechte Behandlung des Personals erschwert, eine Befürchtung, die *Ludwig* schon im Jahre 1896 gegen die Schaffung eines Berufspersonals ins Feld geführt hat. Wenn man endlich, wie ich zufällig in dem Vortrage von *Dees* über Arbeittherapie lese, Bestrebungen des organisierten Pflegepersonals begegnet, welche gegen die Arbeittherapie gerichtet sind, so kann dies ärztlicherseits nicht scharf genug verurteilt und zurückgewiesen werden.

Das sind die Schattenseiten der Organisation des Pflegepersonals; aber es wäre ungerecht, nur diese hervorzuheben. Wir selbst haben in unserer Anstalt bis jetzt keine schlechten Erfahrungen gemacht. Nachdem mit Vorwissen der Direktion schon früher eine lose, lokale Organisation bestanden hatte, die bald wieder im Sande verlief, besteht nun seit Juni 1908 in Winnental eine Ortsgruppe des Deutschen Krankenpflegerverbandes. Neuerdings ist der Eigenart der Verhältnisse, die die Stellung der Irrenanstalten in den einzelnen Bundesstaaten mit sich bringt, von dem organisierten Pflegepersonal der württembergischen Anstalten insofern Rechnung getragen worden, als dasselbe sich zu einem württembergischen Landesverein vom Deutschen Verband der Krankenpfleger und -pflegerinnen zusammengeschlossen hat. Damit ist dem Einwand begegnet, daß es nicht zulässig erscheine, wenn von einer Zentralstelle aus, der die genauere Kenntnis der lokalen Verhältnisse naturgemäß fehlen muß, Wünsche und Forderungen für das Pflegepersonal einer Anstalt aufgestellt werden. Dieser Landesverein hat bereits eine Eingabe an die Regierung und die Landstände gerichtet um Verbesserung der Verhältnisse des Wartepersonals.

Organisiert sind in unserer Anstalt ungefähr zwei Drittel des männlichen Pflegepersonals. Jeden Monat findet eine Versammlung der Ortsgruppe statt. Dem weiblichen Pflegepersonal ist nicht gestattet, an den Versammlungen teilzunehmen, wie es sich denn auch nicht unmittelbar der Organisation angeschlossen hat, sondern nur einer Vertretung auch seiner Interessen durch den Verband zugestimmt hat. Über die Mitgliedschaft der Organisation ist die Direktion unterrichtet. Zu den Versammlungen muß eine Teilnehmerliste vorgelegt werden, zum Zwecke der jedesmaligen Urlaubbewilligung. Über die notwendigen Stellvertretungen auf den einzelnen Abteilungen verständigen sich die Wärter untereinander, natürlich unter Kontrolle der Direktion.



Wir haben den Eindruck, daß durch eine gewisse Hebung des Standesbewußtseins ein besserer Ton unter unserem Personal eingetreten ist (Ausnahmen kommen freilich noch immer vor); wir müssen anerkennen, daß die älteren, im Verband maßgebenden Wärter einen guten Einfluß auf die jungen und neu eingestellten auszuüben suchen, und daß dieser Umstand gelegentlich dazu beigetragen hat, dienstliche Schwierigkeiten leichter zu beseitigen, als dies vielleicht ohne dies der Fall gewesen wäre. Allerdings kam es auch zu vorübergehenden Reibereien zwischen Mitgliedern des Verbandes und solchen, die nichts von ihm wissen wollten, ohne daß jedoch dadurch ernstliche dienstliche Schwierigkeiten entstanden wären. Solche Vorkommnisse mahnen zu doppelter Vorsicht, keinerlei Unterschied zwischen dem organisierten und nichtorganisierten Personal zu machen; immerhin glaubten wir nicht gegen diesen Grundsatz zu verstoßen, wenn wir gelegentlich auf Bitten des organisierten Personals Kapitel aus der Irrenpflege und dergleichen in Vorträgen behandelten. Bedingung war, daß auch dem nichtorganisierten Personal Gelegenheit zur Teilnahme gegeben war.

Ob die Sache auch weiter sich in erfreulicher Weise entwickeln wird, muß die Zukunft lehren.

Eine allgemeine Regel aufzustellen, wie man sich der Organisation des Irrenpflegepersonals gegenüber zu verhalten habe, wird nicht möglich sein; dazu sind die Verhältnisse zu verschieden. Die Stellungnahme des einzelnen wird abhängig sein von den Erfahrungen, die er mit der Organisation macht; sie mag auch vielfach Ansichtsache sein. Wenn ich die Stellung, die wir bisher der Organisation gegenüber eingenommen haben, bezeichnen soll, so läßt sich das am besten mit „wohlwollender Neutralität" ausdrücken. Wir halten es weder für richtig noch für opportun, von vornherein uns in einen Gegensatz zu der Organisation zu stellen. Wir dürfen sie auch nicht einfach ignorieren. In beiden Fällen begeben wir uns jeder Möglichkeit, auf sie einzuwirken. Wir müssen mit der Organisation unseres Pflegepersonals rechnen, und wir werden, das liegt nun einmal in dem sozialen Zeitalter, in dem wir leben, begründet, immer mehr mit ihr rechnen müssen. Nur dann wird es uns möglich sein, uns den notwendigen Einfluß auf die Organisation zu sichern, damit ein ersprießliches Zusammenwirken aller Kräfte der Anstalt gewährleistet wird, zum Wohle unserer Kranken.



Untersuchungen an Zwangszöglingen in Baden[1]).

Von

Med.-R. Dr. **E. Thoma** - Illenau.

Seit *Mönkemöller*[2]) 1898 durch seine Arbeit „Psychiatrisches aus der Zwangserziehungsanstalt" auf die große Anzahl geistig Abnormer unter den in Zwangserziehung befindlichen Zöglingen aufmerksam machte, hat sich das Interesse von Psychiatern, Juristen und Pädagogen in steigendem Maße diesem Gebiete zugewandt. Seitdem dann nach Einführung des Fürsorgeerziehungsgesetzes in Preußen 1901 die Zahl der Fürsorgezöglinge erheblich gewachsen war, sind zahlreiche Untersuchungen an diesem Material nach den verschiedensten Richtungen hin angestellt worden, durch welche die Resultate *Mönkemöllers* teils bestätigt, teils ergänzt werden konnten. Es hat sich in dieser Frage eine Reihe von Autoren wie *Laquer*[3]), *Seelig*[4]), *Kluge*[5]), *Tippel*[6]) *Wilmanns*[7]) u. a. geäußert und meist auf Grund ihrer Ausführungen

[1]) Nach einem Vortrage, gehalten auf der 41. Versammlung der südwestdeutschen Neurologen und Irrenärzte gelegentlich der 83. Versammlung deutscher Naturforscher und Ärzte zu Karlsruhe.

[2]) *Mönkemöller*, Psychiatrisches aus der Zwangserziehungsanstalt. Allg. Zeitschr. f. Psych. Bd. 56.

[3]) *Laquer*, Mitwirkung des Arztes bei der Ausführung des preußischen Fürsorgegesetzes, Vierteljschr. f. gerichtl. Med. 3. Folge, Suppl. 11.

[4]) *Seelig*-Herzberge, Psychiatrische Erfahrungen an Fürsorgezöglingen. Zeitschr. f. Psych. Bd. 63, 1906, S. 506.

[5]) *Kluge*, Über Wesen und Behandlung der geistig abnormen Fürsorgezöglinge. Samml. d. Abhandl. a. d. Gebiete der pädagogischen Psychologie u. Physiologie, Berlin 1905.

[6]) *Tippel*-Kaiserswerth, Fürsorgeerziehung und Psychiatrie. Allg. Zeitschr. f. Psych. Bd. 62, S. 583.

[7]) *Wilmanns*, Das Landstreichertum, seine Verhütung und Bekämpfung. Monatschr. f. Kriminalpsychologie.



eine intensivere Mitwirkung des Psychiaters bei der Zwangserziehung als notwendig bezeichnet. So wurden unter anderem im Psychiatrischen Verein Berlin durch *Seelig* Forderungen formuliert, die dahin gehen, daß jeder Zögling einer sofortigen psychiatrischen Expertise unterworfen werden soll, und daß auch bei der weiteren Fürsorgeerziehung der Arzt als ein maßgebender Faktor mitzuwirken habe. Ferner wird als wünschenswert bezeichnet, daß die beteiligten Kreise durch zweckentsprechende Belehrung mit den Ergebnissen der psychiatrischen Forschung bekannt gemacht werden. Endlich wird die Schaffung einer Möglichkeit verlangt, entweder durch Ausbau der Lazarettabteilung oder Schaffung einer besonderen Abteilung, geistig minderwertige Individuen zu beobachten, zeitweise zu behandeln und über die kritischen Zeiten durch Anwendung lediglich medizinischer Gesichtspunkte hinwegzubringen. Ganz ähnliche Forderungen erhebt auch *Neisser*[1]) und betont als die wichtigste, daß der Staat Vorkehrungen treffen sollte, damit die mit der Fürsorgeerziehung berufmäßig betrauten Pädagogen usw., namentlich aber die Leiter größerer Anstalten, sich mit den Ergebnissen der einschlägigen Sonderforschungen und Erfahrungen auf pädagogischem, kriminalistischem, psychologischem und psychiatrischem Gebiete vertraut machen und zu diesem Zwecke neben anderem auch Unterrichtkurse eingerichtet werden sollen.

Diese Forderung erscheint um so notwendiger, als die Erkenntnis, daß ein großer Prozentsatz der Fürsorgezöglinge geistig abnorm sei, sowohl in den amtlichen, mit der Fürsorgeerziehung betrauten Kreisen als auch bei den Pädagogen teilweise nur sehr langsam sich Bahn bricht. *Neisser* weist auf die Differenz zwischen dem in den amtlichen Statistiken angegebenen und dem durch psychiatrische Untersuchungen festgestellten Prozentsatz geistig Minderwertiger unter den Fürsorgezöglingen hin. Erstere geben meist 9 bis 10 % als normal an, während *Tippel* a. a. O. z. B. 3,8 % als geisteskrank und 66,78 % als psychopathisch minderwertig gefunden hat.

Gerade *Tippels* Untersuchungen sind in der erwähnten Hinsicht interessant. Seine Zahlen sind aus 163 Zöglingen der Anstalt Kaiserswerth gefunden, während an den übrigen 39 Anstalten mit 4008 Zöglingen nur 13 oder 0,3 % als geisteskrank und 100 = 2,5 % als minderwertig bezeichnet wurden. Nur in 4 Fällen geschah die Beantwortung durch einen Arzt. Von den 13 als geisteskrank Erkannten fallen allein 5 auf die Anstalt

[1]) Dr. *Cl. Neisser*, Psychiatrische Gesichtspunkte in der Beurteilung der Fürsorgezöglinge.



Brauweiler, wo ebenfalls ein psychiatrisch vorgebildeter Arzt sich befindet. Aus 14 Anstalten mit 544 Zöglingen bekam er absolut verneinende Antwort. Wenn nun auch in vielen Fällen die Grenze zwischen geistiger Gesundheit und Abnormität nicht scharf gezogen werden kann und die Zahl *Tippels* vielleicht etwas hoch ist, so muß doch die große Differenz der in Laienkreisen und auch zum Teil unter den betreffenden Anstaltleitern herrschende Unkenntnis der in Frage kommenden Zustände auf Rechnung zu setzen sein. — Fragen wir jetzt nach den vorkommenden Krankheitformen, so steht der Zahl nach an der Spitze die angeborene geistige Schwäche in ihren verschiedenen Abstufungen, wie schon *Mönkemöller* anführt. Auch nach *Redepennig*[1]) bilden sie das Gros. Der Erziehung bieten diese, wenn der Defekt mehr die intellektuelle Seite trifft, die geringsten Schwierigkeiten. Um so mehr dagegen die nächste Gruppe der degenerativen konstitutionellen Psychopathen, die *Cramer*[2]) als endogen Nervöse und Degenerierte bezeichnet. Diesen schließen sich an Zahl an die Epileptiker. Gewöhnlich handelt es sich nicht um solche mit zahlreicheren oder schweren Anfällen, da diese wohl bald nach den Epileptikeranstalten abgeschoben werden. Meist sind es Patienten mit sehr vereinzelten Anfällen, epileptischen Äquivalenten oder andern epileptoiden Zeichen (*Cramer*). Ihnen folgen dann an Zahl die Hysterischen.

Eigentliche Psychosen in Form von manisch-depressivem Irresein, Hebephrenie sowie schwerere Formen von Idiotie werden seltener erwähnt.

Die bisherigen psychiatrischen Untersuchungen haben somit im Gegensatze zu den herrschenden Anschauungen der Laien nicht nur eine große Gesamtzahl, sondern auch recht mannigfache Formen von geistiger Abnormität unter den Insassen der Zwangserziehungsanstalten feststellen können. Die eingangs erwähnte Forderung, den psychiatrisch vorgebildeten Arzt ein Wort in der Zwangserziehung mitreden zu lassen, dürfte damit hinreichend begründet sein. Da sich diese Mitwirkung darauf beschränken würde, die einzelnen Zöglinge bei der Aufnahme und eventuell einmal oder mehrmals im Jahre die ganze Anstalt zu untersuchen, die schwerer Defekten in einer Beobachtungstation unterzubringen, wo sie nach psychiatrischen Prinzipien beobachtet und behandelt, später der Zwangserziehung wieder zurückgegeben oder als ungeeignet entsprechenden andern Anstalten zugeteilt würden, so dürften auch die Befürchtungen der Kreise, die bisher die Zwangserziehung unter sich hatten, der Psychiater möchte am Ende seine

[1]) *Redepennig*, Die psychiatrische Beobachtungstation für Fürsorgezöglinge in Göttingen. Allg. Zeitschr. f. Psych. Bd. 67, 1910.

[2]) *Cramer*, Gerichtliche Psychiatrie.



gefürchtete Hand auf ihre Zöglinge legen und sie für sich reklamieren, hinfällig sein. Abgesehen davon, daß das Gros auch der als minderwertig Befundenen ohne Schwierigkeit in der gemeinsamen Erziehung bleiben kann, wird dem Erzieher sein Amt dadurch, daß ihm die Defekten bezeichnet werden und er von den schwierigsten Elementen befreit wird, nur erleichtert.

Von dieser Notwendigkeit einer psychiatrischen Mitwirkung bei der Zwangerziehung erfüllt, namentlich mit Rücksicht auf eine mögliche noch weitere Steigerung der Zahl der Zwangzöglinge bei einer Reform des Strafgesetzbuches, hat nun auch die Badische Regierung die Errichtung einer psychiatrischen Beobachtungstation bei einer noch zu erbauenden Zwangerziehungsanstalt in Erwägung gezogen. Es mußte zu diesem Zwecke zunächst die Zahl der geistig Minderwertigen festgestellt werden, die für die geplante Abteilung in Betracht kommen. Bei dieser Feststellung scheiden aber aus alle die schwereren Fälle, die in Idioten-, Epileptiker- oder Irrenanstalten gehören, sowie alle leichten Fälle, die ebensogut in der gemeinsamen Erziehung bleiben könnten. Referent wurde nun zu diesem Zwecke im vergangenen Sommer beauftragt, die gesamten in Zwangerziehung befindlichen Zöglinge daraufhin zu untersuchen.

Da die zur Verfügung stehende Zeit verhältnismäßig kurz war, konnte die Untersuchung nur eine summarische sein. Eine genauere Exploration der Einzelfälle war nicht möglich. Dennoch dürfte das Resultat vielleicht einiges Interesse bieten, selbst wenn nichts wesentlich Neues gefunden wurde, da einmal die Zahl von über 600 Zöglingen eine beträchtliche ist und anderseits das Material, obwohl sehr vielseitig, doch nach der Bevölkerung wieder ein geschlossenes Ganzes darstellt.

Was die Untersuchung selbst betrifft, so wurde, um sich bei der Kürze der Zeit nicht mit anamnestischen Fragen aufhalten zu müssen, ein dem *Laquer*schen [1]) „Frankfurter Beobachtungsbogen für schwachsinnige Schulkinder" nachgebildeter Fragebogen an sämtliche Leiter der Anstalten vorausgeschickt, mit der Bitte, ihn nach Kenntnis ihrer Zöglinge und auf Grund der Akten auszufüllen. Ich fand dann auch bei meiner Ankunft meist die Bogen in dankenswerter Weise teils von

[1]) *Laquer*, Über schwachsinnige Schulkinder. Samml. zwangloser Abhandl. a. d. Gebiete der Nerven- u. Geisteskrankheiten 4. Bd. J. 1.



den Anstaltleitern selbst, teils von den Ärzten ausgefüllt. Bei der Exploration, die sehr einfach sein mußte und sich stets auf dieselben Punkte erstreckte, hielt ich mich im allgemeinen an das *Sommer*sche Schema. Es wurde jeder Zögling einzeln zunächst körperlich untersucht. Bei der Untersuchung des psychischen Zustandes wurde die Prüfung der Schulkenntnisse bei den Kindern, welche die ihrem Alter entsprechenden Schulklassen mit Erfolg besucht hatten, unterlassen, wenn nicht besondere Gründe eine genauere Untersuchung forderten. Ebenso wurden Assoziationsprüfungen nur in zweifelhaften Fällen vorgenommen. Gedächtnis, Merkfähigkeit, Reproduktion und Auffassung wurden an Zahlen und Bildern, auch Ergänzungsbildern, nach dem Alter verschieden geprüft.

Wenn die Untersuchung auch nicht immer eine so vollständige und eingehende sein konnte, wie erwünscht gewesen wäre, so erhielt man doch, da sie stets in der gleichen Weise vorgenommen wurde, ein gutes Vergleichmaterial über die wichtigsten Punkte.

Untersucht wurden im ganzen 620 Zöglinge, die sich auf 28 Anstalten verteilen. Nur eine dieser Anstalten, das Erziehungshaus für schulentlassene Knaben, ist staatlich. Die übrigen sind private Wohltätigkeitanstalten, meist auf konfessioneller Grundlage.

Um dem Vorwurf zu begegnen, daß der Untersucher allzu viele als seine Klientel reklamiert habe, sei hier kurz erwähnt, daß, abgesehen von den ausgesprochenen Epileptikern, Hysterischen, Geisteskranken oder Idioten, nur solche als abnorm bezeichnet wurden, die entweder einen erheblichen intellektuellen Defekt aufwiesen oder bei leichterem oder fehlendem Intelligenzdefekt erhebliche affektive Störungen oder m e h r e r e körperliche und psychische Degenerationszeichen, Entwicklungs- oder Konstitutionsanomalien zugleich aufwiesen.

Die Gesamtzahl der zur Zeit der Untersuchung in Zwangserziehung befindlichen Zöglinge betrug 620, die sich auf 28 Anstalten verteilten. Knaben waren es 357 (57,6 %), und zwar über 14 Jahre 168 (27,2 %), unter 14 Jahren 189 (30,5 %). Mädchen insgesamt 263 (42,4 %), über 14 Jahre 202 (32,6 %), unter 14 Jahren 61 (9,8 %).

Als geistig a b n o r m erwiesen sich von diesen im ganzen 322 (51,9 %); auf die beiden Geschlechter und nach dem Alter verteilt waren es 82 Knaben über 14, 101 Knaben unter 14 Jahren, zusammen



183 Knaben (51,3 %). Mädchen waren es 139 (52,9 %), 114 über, 25 unter 14 Jahren. Von dieser Zahl wurden in Beantwortung der von dem Großh. Ministerium gestellten Frage 70 (11,3 %), 38 Knaben und 32 Mädchen, für die gemeinsame Zwangserziehung als wenig geeignet ausgeschieden. Von diesen 70 zeigten wieder 10, 6 Knaben und 4 Mädchen, so erhebliche Störungen in Form von Geistesschwäche, Epilepsie oder Psychose, daß die Unterbringung in eine entsprechende Anstalt in Erwägung zu ziehen war.

Die Übrigbleibenden 60 (9,6 %), und zwar 8,9 % der Knaben und 11 % der Mädchen, wurden als für die Unterbringung in eine Sonderabteilung oder Beobachtungstation geeignet erklärt. Ob eine derartige Station an eine Irrenanstalt angegliedert werden soll, wie in Göttingen (*Redepennig*), oder an eine neu zu erbauende Fürsorgeerziehungsanstalt oder etwa mit einer noch zu errichtenden staatlichen Idiotenanstalt vereinigt werden soll, wie in Potsdam, ist noch unentschieden.

Wenden wir uns jetzt zu den bei der Untersuchung zutage getretenen Einzelresultaten, und zwar zunächst zur Ätiologie. Es war von vornherein zu erwarten, daß bei in jugendlichem Alter zutage getretenen Abnormitäten die Erblichkeit wohl eine Rolle spielt. Tatsächlich erwiesen sich auch von unseren 620 Zöglingen 310 (50 %) als erblich belastet im Sinne der amtlichen Fragekarte. Diese Zahl darf jedenfalls nicht als zu hoch angesehen werden, da nur die eklatanten Fälle registriert sind und eigentliche Nachforschungen über etwaige krankhafte Momente in der Aszendenz nur schwer durchführbar sind, schon bei der, wie wir sehen werden, großen Zahl der Unehelichen.

Die Zahl sagt ja an und für sich recht wenig über die Rolle, die die Erblichkeit dabei spielt. Betrachten wir daher das Zahlenverhältnis der belasteten gesunden Zöglinge zu den als abnorm befundenen, so finden wir, daß von den 322 Abnormen 178 (55,3 %) belastet sind, von den 298 Normalen nur 132 (44,3 %). Es finden sich demnach bei den Abnormen etwa 11 % Belastete mehr.

Einer der wesentlichsten Erblichkeitfaktoren ist die Trunksucht, die als manifeste Trunksucht bei 169 (27,3 %) in der Aszendenz erwähnt wird, also in über der Hälfte der Fälle, in denen Belastung überhaupt vorliegt. Die Zahl dürfte noch höher sein, da



es sich nur um die offenkundigen Fälle handelt. Bei dieser großen Zahl ist es interessant, ob bei den Abnormen besonders häufig potus in der Aszendenz vorkommt, da ja bei Trunksucht nicht nur die Erblichkeit, sondern auch die Keimschädigung in Betracht kommt. Von den Abnormen sind 96 (29,8 %), von den Normalen 72 (24,2 %) mit Trunksucht belastet. Der prozentuale Unterschied ist also 4,6 %.

Verhältnismäßig wenig, nur 34 mal (5,5 %), sind Verbrechen oder sittliche Defekte in der Aszendenz erwähnt. Diese spielen auch, ebenso wie die Trunksucht, in vielen Fällen offenbar mehr die Rolle des Milieus, das überhaupt sehr häufig die Ursache der Zwangerziehung ist. Um dies zu illustrieren, möchte ich einige Zahlen anführen: Es waren 79 (12,7 %) der Kinder unehelich. Bei 52 (8,4 %) waren beide Eltern, bei 83 (13,4 %) der Vater, bei 110 (17,7 %) die Mutter gestorben. In 58 Fällen (9,3 %) war die Ehe geschieden.

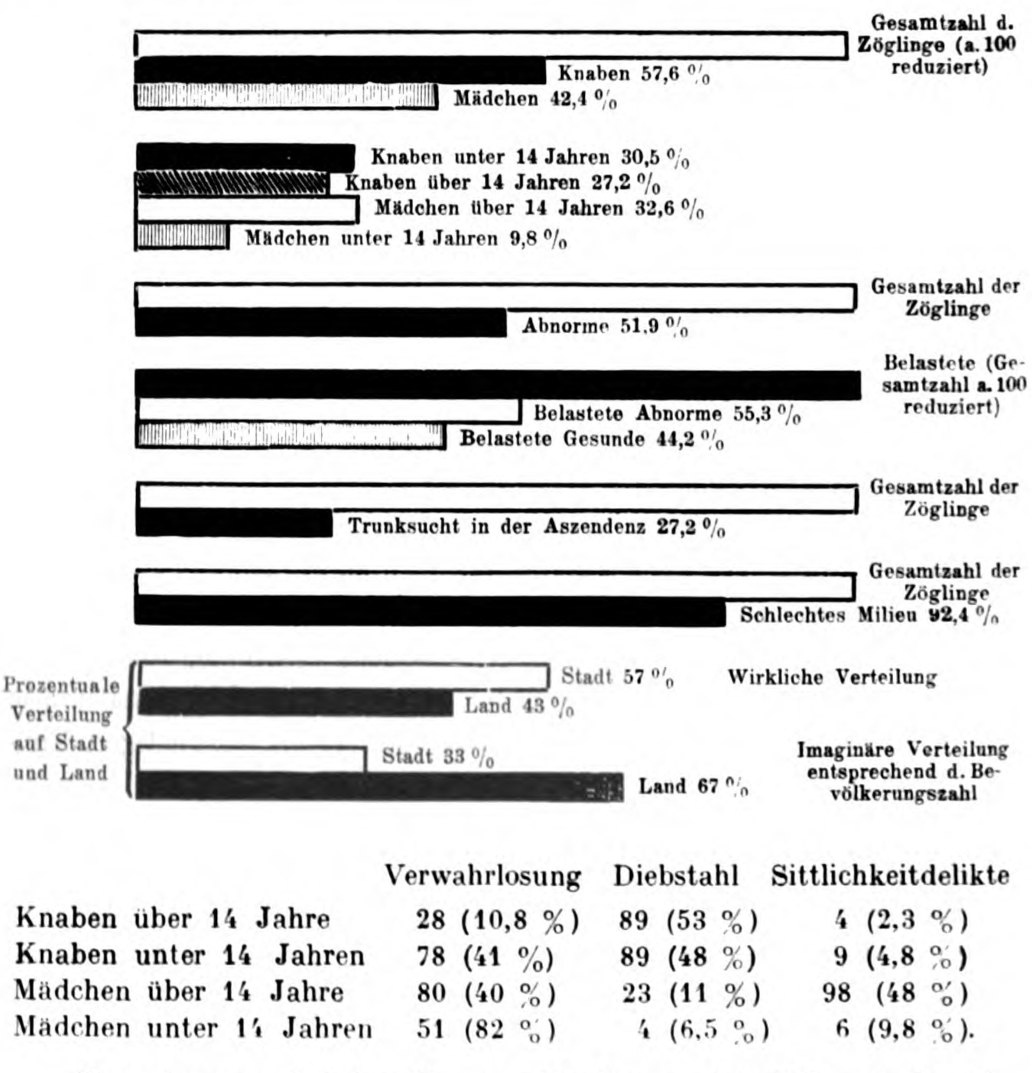
In weiteren 34 Fällen (5,9 %) wurden die Verhältnisse ausdrücklich als ungünstig angegeben, 20 mal (3,2 %) war Trunksucht der Grund. 10 (1,6 %) waren Zigeuner und lebten im Wagen. Es lagen also in 426 von 620 Fällen (68,7 %) ungünstige Familienverhältnisse vor. Auch die große Kinderzahl gehört hierher: 209 der Zöglinge haben mehr als 3 Geschwister. Bei 85 davon fehlen die andern, eben genannten, das Milieu verschlechternden Verhältnisse. Rechnet man diese 85 noch dazu, so erhält man 511 Zöglinge (82,4 %), bei denen die häuslichen Verhältnisse ungünstig sind. Aus diesen Zahlen läßt sich wohl der Einfluß des Milieus erkennen, wobei noch die Trunksucht der Eltern, die sicher nicht nur als Erblichkeitfaktor allein wirkt, sondern auch auf die Erziehung einen ungünstigen Einfluß ausübt, unberücksichtigt ist.

Betrachtet man im Anschluß an das Milieu die Herkunft der Zöglinge, so sehen wir, daß aus städtischem Milieu, wozu wir auch kleinere Plätze, die in unmittelbarer Nachbarschaft unter der Einwirkung der Großstadt stehen, rechnen, 57 %, aus ländlichem, wozu auch die Kleinstädte gezählt sind, 43 % kommen. In ihrem Verhältnis zur Gesamtbevölkerung müßte aber die Stadt ohne die verschlechternde Einwirkung des Milieus 33 %, das Land 67 % liefern. Zerlegt man noch in größere, mittlere, kleine Städte und Land, so finden wir, daß sich die mittlere Stadt mit 8 % am besten stellt, während die Kleinstadt 16 %, das Land 28 % und die Großstadt



gar 48 % liefert. Auch der Prozentsatz der Abnormen aus städtischem Milieu ist größer, als der aus ländlichem, nämlich 56 % : 44 %. Bewertet man den Prozentsatz auf die Bevölkerungszahl, so erhalten wir für städtisches Milieu 0,049 % und für ländliches 0,037 %.

Was den Grund der Überweisung in Zwangserziehung betrifft, so muß man hier von vornherein Knaben und Mädchen sowie nach dem Alter trennen. Die hauptsächlichsten Einweisungsgründe bilden Verwahrlosung, Diebstahl und Sittlichkeitdelikte.



	Verwahrlosung	Diebstahl	Sittlichkeitdelikte
Knaben über 14 Jahre	28 (10,8 %)	89 (53 %)	4 (2,3 %)
Knaben unter 14 Jahren	78 (41 %)	89 (48 %)	9 (4,8 %)
Mädchen über 14 Jahre	80 (40 %)	23 (11 %)	98 (48 %)
Mädchen unter 14 Jahren	51 (82 %)	4 (6,5 %)	6 (9,8 %).

Dazu kommen bei den jüngeren Knaben noch 4 Fälle von Brandstiftung, bei den älteren 1 Fall von Brandstiftung, 1 Jagdvergehen und 3 mal Gewalttätigkeitdelikte. Bei dem Rest fehlt die Angabe des Einweisungsgrundes.



Wenden wir uns jetzt von den administrativen zu den rein ärzt-
en Fragen, deren statistische Beantwortung Interesse bietet.

Was zunächst den körperlichen Zustand betrifft, so ist zum
e der Anstalten zu sagen, daß im allgemeinen die länger in der
talt befindlichen Zöglinge ein gutes Aussehen hatten. Es waren
er meist frischer Aufgenommene, die in 95 Fällen (15,3 %)
echte Ernährung und in 47 (7,6 %) ein Zurückbleiben in der
vicklung zeigten.

Von bestandenen, resp. durchgemachten Krankheiten steht
Häufigkeit die Rachitis obenan. Es fanden sich rachitische
ien in Form von Schädeldeformationen, gerieften Zähnen, rachiti-
n Rosenkranz, pectus carinatum, Deformation der Gelenke,
nmung der Extremitätknochen und der Wirbelsäule usw. 116 mal
%). Bemerkenswert ist, daß 33 mal (5,3 %) diese rachiti-
ı Kinder von trunksüchtigen Eltern stammten. Tuberkulose
namentlich Skrophulose fand sich 56 mal (9 %) in Form
beginnender Lungen- und Knochentuberkulose, skrophulösen
erkrankungen, Ozaena usw. Herzfehler wurden 44 mal (7 %)
atiert.

Von früher durchgemachten Infektionskrankheiten habe ich dem
lach besondere Aufmerksamkeit gewidmet und fand denselben
l (4,4 %) in der Anamnese. Nur 9 mal (3 %) war er bei den
l Befundenen vorausgegangen, während die doppelte Zahl
e Abnormen trifft. Von diesen 18 wieder waren 7 (1,1 %) als
ktuell minderwertig verzeichnet. Es würde dies mit der Be-
ung stimmen, daß nach Scharlach nicht selten eine Abnahme
eistungen in der Schule bemerkt wird.

eschlechtskrankheiten sind bei Knaben seltener
zeichnen, nur bei einem der jüngeren und drei der älteren,
einer mit Lues. Um so häufiger finden sich Geschlechtskrank-
bei den 202 Mädchen über 14 Jahren. 18 mal (8,9 %) ist hier
ıoch bestehende, teils durchgemachte Geschlechtskrankheit
t. Meistens handelte es sich um Gonorrhöe, nur 3 mal um

mlich häufig waren auch Menstruationstörungen
len. Es fanden sich solche 15 mal (7,4 %). 6 der Mädchen
ıatten geboren, davon eine zweimal.



Sehstörungen waren im ganzen selten, nur Nyktalopie fand sich 4 mal, Farbenblindheit nur bei einem Knaben. Um so häufiger fand sich Schwerhörigkeit infolge durchgemachter Mittelohreiterung, meist auf skrophulöser Grundlage. — Was endlich noch das Vorkommen von Struma betrifft, so kamen höhere Grade von Kropf nur selten zur Beobachtung, dagegen war eine stärkere Entwicklung der Schilddrüse bei älteren Kindern häufig. Während bei 3 Mädchen (4 %) und 6 Knaben (3 %) unter 14 Jahren eine solche verzeichnet ist, findet sie sich bei 15 Knaben (8,9 %) und 28 Mädchen (13,9 %) über 14 Jahren. Bei zwei der letzteren dürfte es sich um den Beginn eines *Basedow*schen Symptomkomplexes handeln.

Wir treten damit bereits in das neurologische Gebiet über.

Allgemeine neurotische Symptome, reflektorische vasomotorische Sensibilitätstörung, muskuläre Übererregbarkeit, Tiks, Spasmen, Lähmungen, Innervationstörungen waren in 146 Fällen (23,6 %) vorhanden.

In vielen Fällen ist auch das Bettnässen als neurotisches Symptom anzusprechen, namentlich, wenn es sich um ältere Kinder handelt. Es wird 70 mal (11 %) erwähnt. Öfters fand es sich mit pavor nocturnus kombiniert. Nur 1 mal bei einem epileptischen Mädchen mit Anfällen zusammen.

Anfälle allein waren 16 mal (2,6 %) vorhanden. 9 mal handelte es sich um Epilepsie (1,4 %).

Äußere Degenerationszeichen, und zwar: starke Ausbildung der Augenbogen, fliehende Stirn, angewachsene Ohrläppchen, *Darwin*sche Knötchen, *Morel*sches Ohr, ungleiche Stellung der Ohren, Stirnfalten, ungleiche Zahnstellung, hoher, steiler Gaumen, Linkshändigkeit, unvollständiger descensus testiculorum, mangelhaft entwickelte Genitalien, Phimose, Gynäkomastie, Bruchanlage fanden sich 86 mal (13,9 %). 32 mal davon jedoch bei Gesunden (10,7 %). Erwähnt sei hier noch, daß nur 4 Tätowierungen bei Knaben gefunden wurden, davon eine sexuellen Inhalts bei einem Hysteriker.

Was die psychischen Defekte betrifft, so wurde schon oben erwähnt, daß die intellektuelle Minderwertigkeit am stärksten vertreten ist. Schwererer Fälle, die schon als idiotisch bezeichnet werden müssen, waren es 5, die alle Mädchen über 14 Jahre betrafen. Als schwachsinnig waren 9 zu bezeichnen. Leichtere Intelligenz-

defekte wiesen 156 Zöglinge auf (25,2 %). Ausgesprochener ethischer Defekt konnte nur in 4 Fällen (0,6 %) angenommen werden.

Den intellektuell Minderwertigen kommen an Zahl die Psychopathen am nächsten, von denen wieder eine größere Anzahl auch Intelligenzdefekte aufweist und zum Teil als imbezill angesehen werden muß. Es sind 95 (15,3 %) zu dieser Kategorie zu rechnen.

Ausgesprochene Hysterie fand sich 36 mal (5,8 %), zum Teil mit Anfällen. Genau die Hälfte betraf ältere Mädchen, während die schulentlassenen Knaben die meisten — 1/3 — der Psychopathen stellten.

Epilepsie lag 13 mal vor (2 %), doch handelte es sich um Erkrankungen mit verhältnismäßig seltenen Anfällen. Bei einigen waren nur früher Anfälle vorgekommen. In einem Fall handelte es sich nur um epileptischen Schwindel.

13 der Zöglinge (2,1 %) waren geistesgestört oder hatten Anfälle von psychischer Störung durchgemacht. Es handelte sich um zirkuläres Irresein, um frühzeitig einsetzende Hebephrenie sowie um Erregungzustände auf imbeziller oder hysterischer Grundlage, zum Teil mit Sinnestäuschungen. Einer der Knaben, der an Melancholie litt, hatte an dem Tage, an dem ich die Anstalt besuchte, einen Selbstmordversuch durch Herunterstürzen vom dritten Stock gemacht.

Aus den angeführten Zahlen ist ersichtlich, daß die Untersuchung an unseren badischen Zwangszöglingen das, was auch anderwärts gefunden wurde, bestätigt hat, nämlich zunächst allgemein, daß ein recht großer Prozentsatz dieser Zöglinge als geistig minderwertig zu betrachten ist. Es ist sogar anzunehmen, daß bei einer noch eingehenderen Untersuchung der Einzelfälle die Zahl noch wachsen würde. Man kann hier einwenden, daß die Feststellung dieser Tatsache offene Türen einrennen heißt, weil dies längst bekannt ist. Allerdings besteht für den Psychiater darüber kein Zweifel. Andere mit der Fürsorgeerziehung betraute Kreise sind jedoch noch nicht bei dieser Erkenntnis angelangt, wie die obenerwähnte Umfrage *Tippels* beweist. Es besteht dort außerdem auch die Befürchtung, daß der Arzt sich selbst an Stelle der Pädagogen und ärztliche Behandlung an Stelle der Erziehung setzen will. Dies ist durchaus nicht der Fall. Es wurde bereits erwähnt, daß ja die überwiegende Mehr-



heit der als abnorm erkannten Kinder sehr wohl in der gemeinsamen Erziehung mit den Gesunden zusammen bleiben kann. Wenn man aber unter Erziehung die planmäßige Förderung oder Hemmung der Entwicklung ererbter Anlagen versteht, so ist es wohl nur im Interesse der Pädagogen, wenn sie von bestehenden krankhaften Anlagen Kenntnis erhalten, da auf Grund dieser Kenntnis die Erziehung leichter und zweckmäßiger gestaltet werden kann. Die große Zahl und die Mannigfaltigkeit der krankhaften Zustände läßt aber jedenfalls die Forderung einer intensiveren Beteiligung des Arztes an der Fürsorgeerziehung berechtigt erscheinen. Diese Mitwirkung dürfte für die Zukunft um so notwendiger werden, als die Zahl der Zwangszöglinge und zwar gerade der kriminellen und minderwertigen Elemente voraussichtlich nach Einführung des neuen Strafgesetzbuches noch zunehmen wird. Letzteres enthält nämlich einige, vom ärztlichen Standpunkte aus übrigens sehr zu begrüßende Bestimmungen. § 68 sagt z. B., daß nicht strafbar ist, wer das 14. Lebensjahr noch nicht vollendet hat. Die Strafmündigkeit ist demnach vom 12. auf das 14. Lebensjahr verlegt, und die oft schwer zu beantwortende Frage, ob der Abzuurteilende die Erkenntnis der Strafbarkeit seiner Handlung hatte, fällt überhaupt weg.

§ 69 enthält Bestimmungen, die dahin gehen, daß, wenn der Täter das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet hat und die Tat hauptsächlich als Folge mangelhafter Erziehung anzusehen ist oder sonst anzunehmen ist, daß Erziehungsmaßregeln erforderlich sind, um den Täter an ein gesetzmäßiges Leben zu gewöhnen, das Gericht neben oder an Stelle einer Freiheitstrafe seine Überweisung zur staatlich überwachten Erziehung anordnen kann. Diese Bestimmungen werden zweifellos die Zahl gerade der minderwertigen Zwangszöglinge stark vermehren, woraus sich die eben erwähnte Notwendigkeit einer psychiatrisch ärztlichen Überwachung ergibt.

Bezüglich der Art, wie diese Überwachung auszuführen wäre, gehen die Vorschläge darauf hinaus, daß nicht nur der einzelne vor der Aufnahme, sondern daß auch die Gesamtzahl der Anstaltinsassen in regelmäßigen Zwischenräumen untersucht werden sollte. Eventuell käme eine zeitweilige Unterbringung in einer Beobachtungstation in Betracht.

Die in der Untersuchung als minderwertig Erkannten müßten, soweit sie in der gemeinschaftlichen Erziehung bleiben können, den Leitern und Pädagogen namhaft gemacht werden. Die schwerer erziehbaren Elemente unter den Minderwertigen, die Imbezillen und Psychopathen mit unangenehmen Charaktereigenschaften, wären von den andern zu trennen und in einer Sonderabteilung unterzubringen, in der auch diejenigen Zöglinge Aufnahme finden könnten, deren Zustand als zweifelhaft eine genauere psychiatrische Beobachtung als wünschenswert erscheinen läßt. Ob eine derartige Abteilung besser einer Irrenanstalt oder einer Zwangserziehungsanstalt anzugliedern wäre, dürfte eine mehr praktische Frage sein, doch scheint mir das letztere zweckmäßiger, da auch in der Sonderabteilung Erziehungsmaßregeln neben den ärztlichen Anwendung finden müssen, der Erziehungsanstalt aber Lehrkräfte und Mittel stets zur Verfügung stehen. In Baden speziell besteht die Absicht, die geplante Sonderabteilung an eine noch zu erbauende Zwangserziehungsanstalt anzugliedern. Diese Abteilung würde also die als in höherem Grade pathologisch und gemeinsam nicht erziehbar Befundenen, sowie die auf ihren Geisteszustand zu beobachtenden Zöglinge aufnehmen. Eine weitere Lösung wäre auch die, diese Abteilung einer Anstalt resp. größeren Abteilung für Idioten und geisteskranke Kinder anzugliedern, wie dies z. B. in Potsdam der Fall ist. — Aber auch nach Ausschaltung dieser Elemente wäre es nötig, in der Zwangserziehungsanstalt selbst noch die Möglichkeit einer Differenzierung zu schaffen. Es bleiben nämlich auch dann immer noch leicht erziehbare Gesunde und Minderwertige neben schwer zu erziehenden Psychopathen, degenerierten Vollsinnigen mit unsozialen Eigenschaften in der Anstalt zurück. Es wurde dafür der Vorschlag gemacht, diese schwer zu erziehenden Elemente zusammen in besonderen Abteilungen oder Anstalten unterzubringen. Im allgemeinen geht das Bestreben dahin, die Zöglinge möglichst frei zu behandeln, und man hat damit, wie z. B. auf den Fürsorgeschiffen, sehr gute Erfahrungen gemacht. Da jedoch die Anwesenheit zahlreicherer unsozialer Elemente die Annahme freierer Normen verbietet, empfiehlt *Kluge* a. a. O. die lenksamen Fürsorgezöglinge ganz von den schwer erziehbaren zu trennen und letztere, nämlich die in der psychischen Degeneration weiter Fortgeschrittenen, die Rückfälligen, die verbrecherischen

Minderwertigen, die auf der Grenze zwischen geistiger Gesundheit und Krankheit stehenden Individuen ganz in gesonderten Anstalten unterzubringen.

Cramer empfiehlt ebenfalls eine Trennung, hält aber nur kleinere Institute für schwer erziehbare, imbezille und psychopathische Fürsorgezöglinge mit unangenehmen Charaktereigenschaften für zweckmäßig. Dagegen hält er für nötig, daß die größeren Erziehungsinstitute besondere gesicherte Abteilungen für vollsinnige, nicht psychopathische Zöglinge mit unangenehmen Charaktereigenschaften erhalten, in denen diese zeitweilig untergebracht werden können. Dadurch würde bei den übrigen der Betrieb freier gestaltet werden können.

Eine Trennung der genannten Elemente von den leicht erziehbaren ist jedenfalls geraten, und uns scheint der *Cramer*sche [1]) Vorschlag vielleicht noch zweckmäßiger, weil die Anhäufung einer allzugroßen Zahl von schwer erziehbaren Elementen in einer Anstalt wohl wieder zu Übelständen führen dürfte.

In welcher Weise aber auch diese Fragen gelöst würden, jedenfalls müßte die Abteilung, welche die abnormen Zwangszöglinge enthält, gleichviel, ob sie einer Zwangserziehungsanstalt oder etwa einer Irrenanstalt angegliedert würde, unter Leitung eines psychiatrisch vorgebildeten Arztes stehen.

An dieser Stelle sei noch erwähnt, daß der Vorentwurf zu dem neuen Strafgesetzbuche in § 70 Abs. 2 die Bestimmung enthält, daß Freiheitstrafen gegen vermindert zurechnungfähige Jugendliche auch in staatlich überwachten Erziehungs-, Heil- und Pflegeanstalten vollzogen werden können. Wenn damit Irrenanstalten gemeint sind, so muß *Cramer* [2]) Recht gegeben werden, wenn er betont, daß die Strafvollstreckung in einer Heil- und Pflegeanstalt eine Unmöglichkeit ist, da diese nur zur Behandlung und Pflege von Kranken da ist und keinesfalls für die Strafvollstreckung in Frage kommen kann. Diese müßten wohl

[1]) *Cramer*, Bericht an das Landesdirektorium. Allg. Zeitschr. f. Psych. Bd. 67, 1910.

[2]) *Cramer*, Strafvollzug. Bemerkungen zum Vorentwurf des Strafgesetzbuchs.



in besonderen Abteilungen in den für die Straferstehung von Jugendlichen in Betracht kommenden Anstalten untergebracht werden.

Ein weiterer Punkt, den schon *Mönkemöller* hervorhebt, darf nicht außer acht gelassen werden.

Wenn psychiatrische Grundsätze bei der Zwangserziehung eingeführt werden sollen, so müssen solche auch nach der Entlassung aus der Anstalt Geltung haben. Gewöhnlich kommen die Zöglinge, wenn ihre Zeit abgelaufen ist, in eine Lehre. Dies scheitert aber häufig, wenn es sich um Minderwertige handelt, daran, daß sie bei Äußerungen pathologischer unangenehmer Eigenschaften wieder in die Anstalt zurückgeschickt werden. Namentlich häufig geben die Erregungzustände der Psychopathen dazu den Anlaß. In der Psychiatrie hat man ja mit der Familienpflege ähnliche Erfahrungen gemacht. Nur da, wo die Pfleger gelernt haben, die Krankheitäußerungen ihrer Pfleglinge als solche zu erkennen und hinzunehmen, sind die Erfolge auch günstig. Bei der Auswahl der Meister für die zu entlassenden minderwertigen Fürsorgezöglinge muß daher sehr auf die Qualität der ersteren geachtet werden. Vor der Übergabe müßten sie genau über den Charakter und den Zustand sowie über die etwa zu erwartenden Krankheitäußerungen orientiert werden. Bei einigem Verständnis und gutem Willen werden sie dann meist über etwaige Krisen ihrer Lehrlinge wegkommen. Auf diese Weise würde sich dann auch wohl ein Stamm von Meistern herausbilden, die mit der Behandlung solcher Minderwertiger vertraut wäre. Dadurch würden wohl die Resultate der Zwangserziehung wesentlich verbessert werden können.

Fassen wir zum Schluß die Sätze, die sich aus dem Resultate der Untersuchung ergeben, unter Berücksichtigung der auch anderweitig gestellten Forderungen zusammen:

1. In der Zwangserziehungsanstalt befindet sich ein großer Prozentsatz geistig minderwertiger Individuen, von denen der weitaus größte Teil in der gemeinsamen Erziehung bleiben kann. Ein kleinerer Teil eignet sich jedoch für die gemeinsame Erziehung nicht und muß ausgeschieden werden. Aus diesem Grunde ist die Mitwirkung psychiatrisch vorgebildeter Ärzte nötig. Diese hätte in der Weise stattzufinden, daß nicht nur jeder Zögling vor der Aufnahme einer genauen Untersuchung zu unterziehen ist, sondern auch, daß die Anstalten in regelmäßigen Zwischenräumen ärztlich kontrolliert werden müssen.



2. Die mit der Fürsorgeerziehung betrauten Personen, Anstaltleiter und Lehrer, sollten mit den Ergebnissen der psychiatrischen Forschung sowie mit den an den Hilfschulen beim Unterricht geistig Minderwertiger gesammelten Erfahrungen bekannt gemacht werden. Zu diesem Zwecke wären regelmäßig abzuhaltende Vortragkurse notwendig. Auch wäre es zweckmäßig, wenn die Lehrkräfte zeitweilig an einer Hilfschule tätig gewesen wären.

3. Für die geistig Minderwertigen unter den Zwangzöglingen, die nicht etwa in eine Epileptiker-, Idioten- oder Irrenanstalt gehören, deren Abnormität aber die kürzere oder längere Entfernung aus der gemeinsamen Erziehung ratsam erscheinen läßt, wäre die Errichtung einer unter psychiatrisch ärztlicher Leitung stehenden Abteilung wünschenswert. In dieser Abteilung wären nicht nur die Obengenannten, sondern auch die Zöglinge unterzubringen, deren zweifelhafter Geisteszustand eine Beobachtung nötig macht. Eine derartige Abteilung könnte an eine bestehenden Irrenanstalt oder an eine Zwangerziehungsanstalt angegliedert werden. Letzteres dürfte zweckmäßiger sein und ist bei uns in Baden geplant.

4. In den Zwangerziehungsanstalten ist eine möglichst freie Behandlungweise anzustreben. Um dies zu ermöglichen, sollte jede größere Anstalt eine kleinere gesicherte Abteilung für schwerer erziehbare, degenerierte Vollsinnige und minderwertige Zöglinge haben, in denen diese für längere und kürzere Dauer zurückgehalten werden können. Die leicht erziehbaren von den schwer erziehbaren Minderwertigen und den vollsinnigen Degenerierten ganz zu trennen und sie in ganzen Anstalten zu vereinigen, empfiehlt sich weniger.

5. Sorgfältige Auswahl der Meister, die geneigt sind, Zwangzöglinge in die Lehre zu nehmen. Vor der Übernahme wäre der Meister genau über die krankhafte Eigenart des zu übernehmenden minderwertigen Zöglings zu informieren.

6. Endlich ist nochmals zu betonen, daß die Möglichkeit einer Strafvollstreckung an geistig minderwertigen Jugendlichen in einer Heil- und Pflegeanstalt von psychiatrischer Seite entschieden abgelehnt werden muß.



Verhandlungen psychiatrischer Vereine.

86. ordentliche Generalversammlung des Psychiatrischen Vereins der Rheinprovinz am 17. Juni 1911 in Bonn.

Anwesend sind die Mitglieder: *Adams*, *Bastin*, *Baumann*, *Becker*, *Bernard*, *Beyer*, *Beyerhaus*, *Danneh l*, *v. Ehrenwall*, *Ennen*, *Fabricius*, *Eugen Förster*, *Fuchs*, *Geller*, *Gerhartz*, *von der Helm*, *Hennes*, *Herting*, *Herzfeld*, *Hübner*, *Langen*, *Lückerath*, *Mappes*, *Mörchen*, *Neuhaus*, *Oebeke*, *Orthmann*, *Peipers*, *Pelman*, *Peretti*, *Rademacher*, *Raether*, *Rieder*, *Rosenthal*, *Rusak*, *Schaumburg*, *Schreiber*, *Schütte*, *Siebert*, *Sioli*, *Sommer*, *Staehly*, *Sterz*, *Thomsen*, *Thywissen*, *Umpfenbach*, *Voßschulte*, *Westphal*, *Wiehl*, *Wirsch*.

Als Gäste sind anwesend: Dr. *Laber*-Godesberg, *Partenheimer*-Köln, *Rülf*-Bonn, *Wildenrath*-Pützchen.

Zur Aufnahme in den Verein melden sich: Dr. *Grisar*-Koblenz, Reg.- u. Geh. Med.-Rat Dr. *Laber*-Godesberg, Arzt der Kaltwasseranstalt, Dr. *Rülf*-Bonn, prakt. Arzt.

Der Vorsitzende macht zunächst Mitteilung von dem am 6. April cr. zu Godesberg nach langem Kranksein erfolgten Tode des früheren Direktors der Prov.-Heil- und Pflege-Anstalt in Merzig a. d. Saar, des San.-Rat Dr. *August Gottlob*. Aus dem Verein sind ausgetreten infolge Verzugs aus der Rheinprovinz: Dr. *Weyert*, bisher in Köln-Lindenburg, und Dr. *Kupfernagel*, bisher in Lüttringhausen-Sonnenhof.

In den Verein wurden aufgenommen: Dr. *Auer*-Ahrweiler, Anstaltsarzt der *v. Ehrenwall*schen Anstalten, Dr. *Giesler*-Grafenberg, Assistenzarzt der Prov.-Heilanstalt, Dr. *Göring*-Merzig, Assistent der Prov.-Heilanstalt, Dr. *Strakosch*-Bonn, Nervenarzt, Privatdozent Dr. *Voss*-Düsseldorf, Nervenarzt, Privatdozent Dr. *Wassermeyer*-Bonn, Hausarzt der *Hertz*schen Heilanstalt.

Vor Eintritt in die eigentliche Tagesordnung berichtet Dr. *von der Helm* (Bonn-Endenich) in eigener Angelegenheit über „Zwei Fälle von Meinungverschiedenheit“ zwischen Psychiater und Rechtsanwalt.



Im ersten Falle handelt es sich um einen Paralytiker, den ich im vorigen Sommer aufgenommen habe. Dieser hatte nach Mitteilung seines Bruders, der die Aufnahme veranlaßt, früher ein Verhältnis mit einem Ladenfräulein. Der Bruder beauftragte mich, diesem Fräulein keinerlei Auskunft über den Kranken zu geben. Nach verschiedenen vergeblichen Versuchen, Auskunft zu erlangen, erhielt ich eines Tages einen Brief von einem Rechtsanwalt, worin derselbe schrieb, daß ihm mitgeteilt sei: der Patient sei gar nicht geistes- oder gemütskrank und werde nur auf Betreiben seiner Familie in meiner Anstalt festgehalten. Sein Auftraggeber beabsichtige, die Angelegenheit zu prüfen. Auf Grund des erteilten Auftrages bat der Rechtsanwalt, ihm über die Art der Erkrankung Auskunft zu geben. Auf meine Erwiderung, daß ich nicht berechtigt sei, Fremden Mitteilungen über meine Patienten zu machen, antwortete der Rechtsanwalt, das sei ihm bekannt. „Wenn es aber richtig ist, was mein Auftraggeber behauptet, daß ein gesunder Mensch gegen seinen Willen in einer Nervenheilanstalt festgehalten wird, so liegt ein öffentliches Interesse vor. Dieses öffentliche Interesse werden wir wahrnehmen und mit der Prüfung der Angelegenheit voraussichtlich die Staatsanwaltschaft und die Tagespresse befassen." Daraufhin übergab ich eine Abschrift der gesamten Korrespondenz dem Vorstande der zuständigen Anwaltkammer und dem zuständigen Staatsanwalte und stellte bei letzterem Strafantrag gegen den Rechtsanwalt wegen Nötigung und gegen seinen Auftraggeber wegen Beleidigung und Nötigung. Der Staatsanwalt lehnte die Verfolgung ab. Der Vorstand der Anwaltkammer antwortete, daß er „meine Beschwerde berechtigt gefunden und das Geeignete veranlaßt habe".

Der zweite Fall betrifft den Berliner Rechtanwalt Herrn Dr. *Ehrenfried*. Die Angelegenheit ist bereits in der Psychiatrisch-neurologischen Wochenschrift Nr. 11 und 13 d. J. behandelt. Ich übernahm am 27. März 1911 aus der *v. Ehrenwall*schen Kuranstalt einen Paralytiker, bei dem sich in Ahrweiler schon eine Remission angebahnt hatte, die in Endenich weitere Fortschritte machte. Der Betreffende war im vorigen Herbst in Ungarn offenkundig krank geworden (Größenwahn) und war dann durch Vermittlung des deutschen Konsulates von Budapest nach Berlin und dort in die maison de santé in Schöneberg gebracht worden, von wo er später nach Ahrweiler kam. Da der Kranke Witwer und kinderlos ist und dabei wohl ein Vermögen von einigen Millionen Mark besitzt, war vom Staatsanwalt der Antrag auf Entmündigung gestellt und bis zur endgültigen Entscheidung ein vorläufiger Vormund in der Person eines Prokuristen des Geschäftes des Kranken bestellt worden.

Schon in den ersten Tagen seiner Aufnahme in meine Anstalt (wenn nicht schon während seines Aufenthaltes in Ahrweiler) war in bestimmte Aussicht genommen worden, den Kranken wegen der Remission aus der Anstalt zu entlassen, sobald der gerichtliche Entmündigungstermin stattgefunden hätte. Nun kam am 11. April der Rechtsanwalt Ehrenfried aus



Berlin hier an, den die Verwandten und auch der Kranke selbst gebeten hatten, den Kranken zu besuchen. Der Vormund wünschte jedoch in Übereinstimmung mit dem Vormundschaftrichter und einem von dem Kranken schon früher zugezogenen Rechtsanwalte, einem Duzfreunde und langjährigem Rechtsbeistand des Kranken, nicht, daß Rechtsanwalt Ehrenfried den Kranken besuche, ohne vorher mit ihm, dem Vormunde, und dem genannten Rechtsbeistande des Kranken Rücksprache genommen zu haben. Der Vormund hatte mir deshalb wiederholt untersagt den Rechtsanwalt Ehrenfried zu dem Kranken zu lassen. Demgemäß verweigerte ich die Zulassung. Ehrenfried erklärte hierauf: „Wenn Sie die Angelegenheit nicht binnen drei Tagen in der Zeitung lesen wollen, lassen Sie mich zu.“ Als ich dies als Nötigung zurückwies und erst weiter mit ihm verhandelte, nachdem ich einen Zeugen hinzugezogen hatte, entschuldigte er sich, er sei durch die nächtliche Fahrt von Berlin nach Bonn angegriffen und durch den Widerstand, den er hier gefunden, erregt. Ich blieb selbstverständlich bei meiner Weigerung, ihn zu dem Kranken zuzulassen. Ehrenfried wandte sich jetzt nach Bonn an das Gericht mit dem Antrage auf Erlaß einer seine Zulassung zu dem Kranken aussprechenden einstweiligen Verfügung. Ich begleitete ihn und zog noch einen Bonner Rechtsanwalt hinzu. Das Amtsgericht ordnete die einmalige Zulassung des Rechtsanwaltes Ehrenfried an, worauf ich dem Besuche keine weiteren Schwierigkeiten mehr in den Weg legte.

Bald nachher, am 22. April, fand der gerichtliche Termin statt. In ihm wurde mit Zustimmung des Kranken die Entscheidung, ob die Entmündigung ausgesprochen oder abgelehnt werden solle, hinausgeschoben und die vorläufige Vormundschaft um ein Vierteljahr verlängert. An demselben Tage noch reiste der Kranke, wie schon vor der Intervention Ehrenfrieds in bestimmte Aussicht genommen war, nach Hause. Die Entlassung aus der Anstalt hat aber — im Widerspruche mit den Berichten Berliner Zeitungen — mit dem Besuche des Rechtsanwalts Ehrenfried und mit dessen Wirken auch nicht das geringste zu tun. Ja noch mehr: die Angehörigen des Kranken, die auch ihrerseits Dr. Ehrenfried veranlaßt hatten, zu kommen, hatten in Übereinstimmung mit Ehrenfried gewünscht, daß der gerichtliche Termin, nach dem, wie ihnen sicher bekannt sein mußte, der Kranke aus der Anstalt entlassen werden sollte, noch länger hinausgeschoben werden möchte; und zwar mit der Begründung, daß die Besserung des Kranken vorher noch weiter fortschreiten möge. Die Angehörigen des Kranken baten mich auch, bei meinem Berichte an das Vormundschaftgericht als Termin für die Vernehmung Ende Mai zu empfehlen. Tatsächlich fand der Termin aber schon am 22. April statt, und an diesem Tage wurde der Kranke, wie gesagt, auch entlassen. Wäre aber der Termin nach Wunsch des Rechtsanwaltes Ehrenfried hinausgeschoben worden, so wäre der Kranke vielleicht noch länger in der Anstalt geblieben. Noch am Morgen des 22. April, vor dem Termin, erhielt der



Kranke ein Schreiben des Rechtsanwaltes Ehrenfried, worin dieser ihn aufforderte, gegen das Stattfinden des Termins Einspruch zu erheben bezw. seine Vernehmung zu verweigern. Erst auf Zureden seiner Freunde, besonders seines langjährigen Rechtsanwaltes, willigte der Kranke in die Vernehmung an dem betreffenden Tage ein.

In einem in verschiedenen Berliner Zeitungen erschienenen Bericht, in welchem der Name des Dr. Ehrenfried rühmlich hervorgehoben war, war angedeutet, daß der Kranke ohne jede Verbindung mit einem Rechtsbeistande gewesen sei. Das ist nach dem bereits Gesagten durchaus unrichtig. Der erwähnte Rechtsanwalt, ein älterer erfahrener Herr und, wie gesagt, ein Duzfreund des Kranken, hat diesen auch schon vor dem Besuche des Rechtsanwalts Ehrenfried wiederholt in meiner Anstalt aufgesucht, ebenso auch der Vormund des Kranken. Außerdem schwebte das Entmündigungverfahren; der Vormundschaftrichter und der Staatsanwalt wußten also um die Angelegenheit; und daß diese der Sache größeres Interesse entgegenbrachten, geht daraus hervor, daß den Entmündigungtermin nicht nur der auswärtige Vormundschaftrichter selbst abhielt, sondern daß auch der Erste Staatsanwalt von seinem auswärtigen Amtsitze gekommen war, um dem Termine beizuwohnen, der etwa 3½ bis 4 Stunden dauerte. Außerdem hatte der Patient öfters Besuch von seinen Verwandten und Freunden, unter diesen einem hochgestellten Verwaltungbeamten und dem Oberbürgermeister seines Wohnortes. Die Zeitungberichte geben also ein ganz falsches Bild der Angelegenheit, man wird unwillkürlich daraus schließen: Ohne das Dazwischentreten Ehrenfrieds wäre der Kranke noch nicht aus der Anstalt entlassen worden. Das ist nach obigem gänzlich unrichtig. Ferner, wenn das Bonner Amtsgericht die Zulassung des Rechtsanwalts Ehrenfried nicht angeordnet hätte, wäre auch im Gegensatze zu dem Zeitungsberichte dem Kranken die Verfolgung seiner Rechte durchaus nicht erschwert worden, sondern sein anderer, gerichtlicher Vertreter würde dieselben oder vielmehr hat dieselben ebensogut gewahrt, als Ehrenfried dies getan haben würde, der dem gerichtlichen Termin überhaupt gar nicht einmal beigewohnt hat.

Nachdem übrigens die Sache bereits durch Entlassung des Kranken aus meiner Anstalt für mich erledigt war, ist der Beschluß des Bonner Amtsgerichts vom 11. April 1911 auf einmalige Zulassung des Rechtsanwalts Ehrenfried auf Beschwerde des Vormundes durch Beschluß des Landgerichts Bonn vom 24. April 1911 aufgehoben und der Antrag des Rechtsanwalts Ehrenfried auf Erlaß einer einstweiligen Verfügung kostenpflichtig zurückgewiesen worden. In der Begründung wird ausgeführt, „daß es sich nicht um einen der Entscheidung im Prozesse unterliegenden Anspruch oder ein streitiges Rechtsverhältnis, sondern eine Angelegenheit der Vormundschaft handelt; daher für eine „einstweilige Verfügung" kein Raum ist". —

An der Diskussion beteiligen sich: *Mörchen, Oebeke, Thomsen, Wirsch.*



Es folgen die Demonstrationen und Vorträge:

A. Westphal-Bonn: 1. Über eine eigenartige Form miliärer Myoklonie mit psychischen Störungen[1]). it Demonstration der beiden Kranken.)

Die Beobachtung betrifft ein Schwesternpaar. Hereditäre Belastung teht angeblich nicht.

a) Die jüngere, 24 Jahre alte Schwester Gertrud H. befindet sich seit ſahren in der hiesigen psychiatrischen Klinik.

Patientin ist schon im Kindesalter eigentümlich, sehr reizbar gewesen, an Krämpfen gelitten und schlecht gelernt haben. Das jetzige Leiden sich nach den Angaben der Patientin im Anschluß an ein psychisches l somatisches Trauma entwickelt. Als Patientin vor 3 oder 4 Jahren, hdem sie von dem Bankerott ihres Vaters gehört hatte, an den Rhein um sich zu ertränken, will sie im Dunkeln von einem Mann überfallen auf die rechte Kopfseite geschlagen worden sein. Nachher sei sie ommen gewesen, wisse nicht, wie sie nach Hause gekommen sei. Seit er Zeit habe sie über Kopfschmerzen auf der rechten Scheitelhöhe zu :en, und hätten sich die jetzt bestehenden Zuckungen zuerst in der ten Gesichtshälfte eingestellt. Seit der Beobachtung im Krankenhause et Patientin im wesentlichen dasselbe Bild dar.

Fast andauernd bestehen kurze, klonische, sich schnell wiederholende :ungen im r. Mundfacialis. Die Zuckungen greifen mitunter auch auf ere Gesichtsmuskeln, besonders den r. Orbicularis oculi über. Synergisch ende Muskel, wie die M. frontales, sind frei von Zuckungen. Von :en Zuckungen ist das ganze r. Platysma ergriffen, an denen mitunter der rechte Sternocleidomastoideus teilnimmt. Diese Zuckungen sind , blitzartig, wie bei der Zusammenziehung normaler Muskeln auf ung mit dem elektrischen Strom. Sie sind völlig arythmisch, folgen nter schnell aufeinander, mitunter sind sie durch längere Pausen ·nnt. Die Zuckungen betreffen ganz vorwiegend die rechte Körper- nur mitunter sind Zuckungen in den symmetrischen Muskeln links, Mundfacialis, Platysma oder Sternocleidomastoideus zu beobachten. : Zuckungen erfolgen mit denen der r. Körperseite nicht immer ıron.

Die Zunge ist von starken Zuckungen ergriffen, welche sie in der lhöhle ruckartig nach rechts herüberziehen und ihr Herausstrecken ndern.

In den Beugern und Streckern der rechten Hand treten klonische ıngen auf, die besonders bei psychischen Erregungen zu einer Art :teltremor führen.

Die Zuckungen im M. Quadriceps femoris rechts sind kurz. betreffen inzelne Bündel oder Teile des Muskels, haben als Bewegungseffekt

[1]) Diese Beobachtung wird ausführlich veröffentlicht werden.



nur ein leichtes Heraufziehen der Patella zur Folge. Neben diesen clonischen Zuckungen tritt im M. Quadriceps femoris undulatorisches Wogen (Myokymie) in einzelnen Muskelbündeln oder Muskelabschnitten oft deutlich hervor. Während der ganzen Beobachtungzeit haben sich die Zuckungen stets auf die erwähnten Muskeln und Muskelgruppen beschränkt, nie andere Muskeln in Mitleidenschaft gezogen.

Durch alle psychischen Erregungen, durch den Akt der Untersuchung, durch Reize (Nadelstiche usw.) werden die Zuckungen wesentlich verstärkt und oft, wenn sie vorher nicht vorhanden waren, hervorgerufen. Im Schlaf werden die Zuckungen geringer, ohne ganz während desselben aufzuhören.

Im übrigen ergibt die körperliche Untersuchung folgendes:

Kräftiges, gut genährtes Mädchen. Menses erst in der Klinik (im 23. Lebensjahr) zum erstenmal aufgetreten. Pupillen und Augenhintergrund ohne Abweichung von der Norm. Augenbewegungen frei, kein Nystagmus,

Die Patellarreflexe sind lebhaft, rechts stärker als links. Rechts jesteht ausgesprochener, nicht erschöpfbarer, zu jeder Zeit nachweisbarer Fußklonus, der links nicht vorhanden ist. Kein Oppenheim, kein Babinski.

Bei Streichen der Fußsohle erfolgt rechts regelmäßig eine starke Abduktionbewegung der kleinen Zehe, welche dieselbe mitunter fast rechtwinkelig zur benachbarten vierten Zehe stellt. Bauchdeckenreflexe beiderseits vorhanden.

Auf der ganzen rechten Körperseite deutliche, in der Mittellinie abschneidende Anästhesie.

Das psychische Verhalten der Patientin ließ von Anfang der Beobachtung an weitgehende Veränderungen erkennen. Zeiten eines stuporösen Verhaltens, in denen sie außerordentlich widerstrebend ist, sich wochen- bis monatelang unter den Bettdecken versteckt, mutazistisch ist, Nahrung verweigert und mit der Sonde gefüttert werden muß, wechseln mit Erregungzuständen ab, in denen sie impulsive Handlungen begeht, kratzt, beißt, spuckt, zahlreiche Suizidversuche macht. Zeitweilig bestehen Gesichts- und Gehörshalluzinationen, sie hört schimpfende Stimmen, sieht schwarze Gestalten. Auch in zwischenliegenden freieren Zeiten ist sie sehr stumpf, spricht spontan fast gar nicht, äußert in affektloser Weise depressive Vorstellungen.

In auffallendem Gegensatz zu dem Fehlen jedes Interesses an ihrer Umgebung steht ihre große Schreckhaftigkeit, die bei den verschiedensten Anlässen hervortritt. Intelligenzdefekte sind nachweisbar; Patientin vermag ihr Alter nicht richtig anzugeben, macht schon beim Rechnen mit dem kleinen Einmaleins grobe Fehler. Die Sprache ist leise und stockend, mitunter macht sie vergebliche Versuche, ein Wort hervorzubringen.

Diese Erschwerung der Sprache ist vielleicht auf die Krämpfe in der Zungenmuskulatnr zurückzuführen.

Der Vortragende führt des näheren aus, daß der demonstrierte, vorwiegend durch myoklonische Zuckungen nnd psychische Störungen charaktesirierte Fall Berührungpunkte mit den von *Friedreich* und *Unverricht* geschilderten Krankheittypen besitzt, ohne jedoch mit diesen in allen Punkten identisch zu sein. Er steht der *Unverricht*schen Form der Myoklonie näher als dem Paramyoclonus multiplex *Friedreichs*.

Besonders auffallend ist in dem vorliegenden Falle das ganz vorwiegend halbseitige Auftreten der myoklonischen Zuckungen. Obwohl in ätiologischer und symptomatischer Hinsicht Beziehungen des Falles zur Hysterie zweifellos bestehen, möchte der Vortragende bei Berücksichtigung des Gesamtbildes und des Verlaufes der Krankheit denselben nicht ohne weiteres in den Begriff der Hysterie aufgehen lassen.

In erster Linie sprechen die psychischen Krankheiterscheinungen, welche einen progredienten Verlauf zeigen und zu einem geistigen Schwächezustande geführt haben, gegen die Auffassung des Falles als eines rein hysterischen Symptomenkomplexes. Die psychischen Symptome entsprechen in den meisten Punkten dem Bilde der Dementia praecox. In dieser Beziehung ist es bemerkenswert, daß *Lundborg* [1]) in einer Reihe von Fällen familiärer Myoklonie schwere psychische Störungen, die er als Dementia myoclonica bezeichnet, nachweisen konnte und ihre verwandtschaftlichen Beziehungen zur Dementia praecox ausdrücklich hervorgehoben hat. Der weitere Verlauf unseres Falles wird zeigen, ob es sich in der Tat um einen Fall von Dementia praecox handelt. Die myoklonischen Erscheinungen würden dann eine in unseren Gegenden ganz ungewöhnliche Komplikation dieser Psychose darstellen, während die hysterische Färbung katatoner Symptome bzw. die Kombination hysteriformer und katatoner Erscheinungen bei der Häufigkeit ihres Zusammenkommens nichts Auffallendes für uns hat.

Besondere Erwähnung verdient der konstant vorhandene, nicht erschöpfbare rechtseitige Fußklonus. Aus diesem Symptom ohne weiteres den Schluß einer schweren organischen Erkrankung zu ziehen, ist nicht berechtigt, da dasselbe nach neuen Erfahrungen (*Bonhöffer*, *Oppenheim*, *A. Westphal*) — wenn auch selten — bei funktioneller Erkrankung des Nervensystems in einer Weise vorkommt, welche von dem bei organischen Affektionen zu beobachtenden Klonus nicht zu unterscheiden ist.

Auffallend ist ferner die sehr prononcierte Abduktion der kleinen Zehe beim Streichen der Fußsohle, welche wohl eine Modifikation der von *Babinski* als signe d'éventail beschriebenen Erscheinung darstellt. Von diesem Autor ist bereits ausgeführt worden, daß das Symptom wohl

[1]) Über Degeneration und degenerierte Geschlechter in Schweden. Stockholm 1901.



den Verdacht einer organischen Affektion hervorrufen kann, aber nicht für eine solche beweisend ist.

b) Die zweite demonstrierte Patientin, Katharina H., die Schwester der vorigen, ist 30 Jahre alt. Sie hat sich heute zum erstenmal zur Untersuchung bei uns vorgestellt. Die Zuckungen sollen bei ihr seit 12 Jahren bestehen und sie völlig arbeitunfähig machen. Eine Ursache für das Leiden vermag Patientin nicht anzugeben. Es handelt sich auch bei ihr um fast ausschließlich halbseitige, einzelne Muskeln der linken Körperhälfte befallende Zuckungen, rechts werden nur ausnahmweise Zuckungen in den symmetrischen Muskeln beobachtet. Am stärksten befallen ist der M. supinator longus links. Es handelt sich um blitzartige, kräftige, den ganzen Muskel befallende Zuckungen. Die Zuckungen sind arythmisch, sie folgen bald schnell aufeinander, bald sind sie durch längere. freiere Intervalle getrennt. Trotz der energischen Muskelkontraktion ist der Bewegungseffekt gering und besteht nur in einer ganz leichten Beugung und Pronation des Unterarmes. Ein deutlicher Effekt auf die Zuckungen durch intendierte Bewegungen kann nicht konstatiert werden. Ferner beteiligt sich das linke Platysma an den Zuckungen ganz in derselben Weise, wie es bei der jüngeren Schwester zu beobachten war. Vom linken Gesichtfacialis nehmen einzelne Muskeln an den Zuckungen teil. Es sind betroffen der M. orbicularis palpebrarum, Muskeln der Mundspalte und Muskeln der Nase, namentlich der Depressor alae nasi.

Das Herabziehen des linken Nasenflügels, häufig synchron mit einem Heraufziehen des linken Mundwinkels, bietet ein recht eigenartiges Bild. In andern Muskeln wie den vorerwähnten sind zurzeit keine Zuckungen nachweisbar. In beiden ausgestreckten Händen besteht lebhafter Tremor. Bei Erregung, Untersuchungen der Patientin usw. treten die myoklonischen Zuckungen besonders lebhaft und deutlich in die Erscheinung. Außer diesen klonischen Zuckungen in vereinzelten Muskeln, dem Tremor der Hände, Steigerung der Sehnenreflexe (kein Fußklonus), bietet Patientin zurzeit keine Abweichungen von der Norm. Speziell sind keine hysterischen Stigmata nachweisbar. Psychisch läßt Patientin zurzeit keine besonders auffallenden Erscheinungen erkennen, klagt aber über eine Abnahme des Gedächtnisses, welche so erheblich sein soll, daß sie selbst einfache Einkäufe nicht mehr allein zu besorgen imstande ist, und über zeitweise auftretende Visionen nachts und auch am Tage. Über die Art von Krämpfen, an denen Patientin nach ihrer Angabe früher gelitten haben will, ist Näheres nicht zu erfahren.

Die weitgehende Ähnlichkeit, was Art und Ausdehnung der myoklonischen Zuckungen dieser Patientin betrifft, mit denen der Schwester liegt auf der Hand. Besonders hervorzuheben ist, daß die halbseitigen Zuckungen bei beiden Schwestern zum Teil in Muskeln auftreten, welche sonst isoliert, willkürlich nicht in dieser Weise innerviert werden können (z. B. dem Platysma). Neben den myoklonischen Zuckungen finden sich



bei beiden Schwestern an einer oberen Extremität Bewegungsstörungen, die als Tremor zu bezeichnen sind und sich von ersteren deutlich unterscheiden. Wesentlich verschieden sind die psychischen Störungen beider Patientinnen. Während es sich bei der jüngeren Schwester wahrscheinlich um einen Verblödungprozeß handelt, sind Zeichen geistiger Schwäche, abgesehen von der Klage über Abnahme des Gedächtnisses bei der älteren Schwester, zurzeit nicht zu konstatieren. Beziehungen zur Hysterie bestehen in beiden Fällen. Über die Art der Anfälle, an denen die ältere Pat. nach den anamnestischen Angaben gelitten haben soll, ist bisher Näheres nicht zu eruieren gewesen. Mit Hinsicht auf die Befunde von *Unverricht* und *Lundborg* wäre die Entscheidung der Frage, ob es sich um epileptische Anfälle gehandelt hat, von besonderer Bedeutung. Alles in allem handelt es sich bei beiden Schwestern um ein eigenartiges, in erster Linie durch myoklonische Zuckungen charakterisiertes Krankheitbild, welches durch seine Beziehungen einerseits zu schweren progredienten psychischen Störungen, anderseits zur Hysterie, von besonderem Interesse ist.

Differentialdiagnostisch kommt vornehmlich die Unterscheidung von der chronischen progressiven, hereditären Form der Chorea in Betracht. Über diesen Punkt ist folgendes zu bemerken:

In unseren Fällen handelt es sich nicht um ein hereditäres Leiden wie bei der chronischen progressiven Chorea, sondern um eine familiäre Krankheit. Diese hat bei beiden Schwestern im jugendlichen Alter begonnen, nicht im höheren Alter, wie gewöhnlich bei progressiver Chorea. Die psychischen Störungen sind mit denen der *Huntington*schen Chorea nicht identisch. Die myoklonischen Zuckungen haben mit denen der Chorea progressiva nicht einmal eine entfernte Ähnlichkeit, insofern die durch sie bedingten Bewegungseffekte nur ganz gering sind, nicht zu ausfahrenden choreatischen Bewegungen führen. Schließlich — und das ist das wesentlichste Unterscheidungmerkmal — sind trotz jahrelanger Krankheitdauer die myoklonischen Zuckungen bei beiden Schwestern nur auf ganz vereinzelte Muskeln beschränkt geblieben, haben niemals zu einer allgemeinen Bewegungstörung geführt, wie es bei der progressiven hereditären Chorea stets der Fall ist. Letzteren Punkt hebt auch *Fr. Schultze* [1]) als das wesentlichste Moment für die Trennung des *Friedreich*schen Paramyoclonus multiplex von der progressiven chronischen Chorea hervor.

Die Myoklonie *Unverricht*s erkennt *Fr. Schultze* als ein neues Krankheitbild nicht an, sondern rechnet sie zur hereditären Form der Chorea.

[1]) Über Poly-, Para- und Monoklonien und ihre Beziehungen zur Chorea. D. Zeitschr. f. Nervenheilk. Bd. XIII.





Unsere Fälle, die mit dem von diesem Autor geschilderten Krankheitbilde nicht in allen Punkten übereinstimmen, sind zweifellos von der *Huntington*schen Chorea durchaus zu trennen.

Diese Erwägungen zeigen, wie schwierig es sein kann, aus dem „Chaos der motorischen Neurosen" einzelne Formen herauszugreifen und scharf zu umgrenzen, wie *Oppenheim* [1]) besonders hervorhebt.

2. Über einen Fall von Hemicrania ophthalmica (Augenmigräne) mit anfallweise auftretender absoluter Pupillenstarre (mit Demonstration der Kranken) [2]).

Die vorgestellte Kranke, eine unserer Pflegerinnen, ist ein kräftig und blühend aussehendes, 21 Jahre altes Mädchen. Keine hereditäre Belastung. Sie hat die Kinderkrankheiten, Gelenkrheumatismus und angeblich dreimal eine Pneumonie durchgemacht. Menses seit dem 17. Lebensjahr immer unregelmäßig. Syphilitische Infektion durchaus in Abrede gestellt. Seit Januar 1910 sind die Menses vollständig ausgeblieben. Zu gleicher Zeit (Januar 1910) traten zum erstenmal heftige halbseitige Kopfschmerzen (links) mit dem Gefühl von Übelkeit auf. Diese Anfälle wiederholten sich seit dieser Zeit in unregelmäßigen Zwischenräumen. Die Anfälle werden regelmäßig eingeleitet durch Flimmern vor den Augen und dem Auftauchen von farbigen, zickzackförmigen Figuren, welche von links her im Gesichtsfelde erscheinen. Die Dauer der Anfälle schwankt zwischen einigen Tagen und Wochen. Sie werden in der Regel ausgelöst durch irgendein psychisches Moment, Ärger, Aufregungen usw. Schon bei dem ersten Anfall soll eine erhebliche Erweiterung der Pupille des linken Auges bestanden haben. Nach Angabe der andern Pflegerinnen soll regelmäßig, wenn Patientin über ihre halbseitigen Kopfschmerzen klagte, die linke Pupille stark erweitert gewesen sein. Ich selbst wurde auf die Erscheinung zuerst Ende Mai 1911 aufmerksam gemacht. Patientin klagte über heftige linkseitige Kopfschmerzen und Flimmern vor den Augen. Der linke N. supraorbitalis war druckempfindlich. Übelkeit oder Erbrechen bestand nicht. Das Gesicht war in toto lebhaft gerötet. Die linke Pupille war ad maximum erweitert, auf Lichteinfall und Konvergenz starr, auch nicht konsensuell erregbar. Die r. Pup. mittelweit von prompter Reaktion. Pat. behauptet mit dem l. Auge fast nichts mehr sehen zu können, vermochte nicht zu lesen, erkannte Finger in 30 cm Entfernung nicht mehr. Sie sprach heiser mit Flüsterstimme, war völlig aphonisch. Laryngoskopisch zeigte sich, daß die Stimmbänder beim Versuch, zu phonieren, nur unvollständig adduziert wurden, sie waren nicht gerötet. (Diese Aphonie heilte in kurzer Zeit unter Faradisation und suggestiver Behandlung.)

[1]) Lehrbuch 5. Aufl. S. 1455.

[2]) Auch dieser Fall wird ausführlich publiziert werden.



Im übrigen ergab die Untersuchung des Nervensystems einen negativen Befund. Hysterische Stigmata waren nicht vorhanden. Am rechten Unterschenkel fand sich ein oberflächliches Geschwür, welches seit dem Aufhören der Menses bestehen soll und trotz verschiedenster Behandlungsmethoden keine Tendenz zeigte, völlig zu heilen.

Die gynäkologische Untersuchung (Prof. *Reifferscheid*) ergab einen kleinen, etwas infantilen Uterus. Keine Genitalerkrankung. Am 4. Juni 1911 wurde die linke Pupille etwas enger, zeigte geringe Lichtreaktion. Nach einigen Tagen war die Mydriasis geschwunden, Licht- und Konvergenzreaktion wieder prompt vorhanden. Nach diesem Anfall konnte ich noch zwei weitere Migräneanfälle mit Mydriasis, absoluter Pupillenstarre und Sehstörungen bei der Patientin beobachten. Die Anfälle traten beidemal im Anschluß an psychische Erregungen auf; in sehr evidenter Weise war dies der Fall, als die Kranke (Pflegerin) von einer geisteskranken Frau auf der Abteilung angegriffen und im Gesicht zerkratzt wurde. Sofort nach dieser Attacke dunkelroter Kopf, linkseitige Kopfschmerzen, linkseitige Mydriasis und absolute Pupillenstarre. Patientin gab an, auf dem rechten Auge nichts mehr sehen zu können, benahm sich bei geschlossenem gesunden Auge wie eine Blinde, lief gegen alle Gegenstände an usw.

Die augenärztliche Untersuchung (Dr. *Gallus*) ergab völlig normalen Augenhintergrund. Bei Lupenvergrößerung konnte einigemal eine ganz minimale Lichtreaktion konstatiert werden. Das Gesichtfeld wurde hochgradig eingeengt gefunden. (Vgl. *Thomsen*: Ein Fall von typisch rezidivierender Oculomotorius-Lähmung mit psychisch-nervösen Störungen und konzentrischer Gesichtsfeldeinengung. Charité-Annalen.) Die Sehstörung erwies sich als eine hysterische, konnte auf suggestivem Wege durch Aufsetzen zweier sich in ihrer Wirkung aufhebenden Gläser durch Dr. *Gallus* beseitigt werden. Auch die Gesichtfeldeinengung schwand bei diesem Versuche. Bemerkenswerterweise überdauerte die Mydriasis und Pupillenstarre die andern Erscheinungen der Migräne (Kopfschmerzen usw.) regelmäßig eine Reihe von Tagen. Bei guter Lichtreaktion blieb eine Pupillendifferenz längere Zeit bestehen. Während der Migräneanfälle wurde manchmal eine Rötung der Conjunctiva des linken Auges mit den Erscheinungen einer leichten Conjunctivitis beobachtet.

Der Vortragende führt zunächst aus, daß der bei der zweifellos hysterischen Kranken naheliegende Gedanke einer artefiziellen Erzeugung der Mydriasis durch die Patientin selbst in diesem Falle zurückgewiesen werden muß.

Abgesehen davon, daß die genaueste Beobachtung der Kranken für diese Annahme nicht den geringsten Anhaltpunkt ergab, sprach die direkt im Anschluß an ein psychisches Trauma aufgetretene



Mydriasis, die sofort von dem Arzte konstatiert wurde, mit aller Bestimmtheit dagegen.

Der Fall gehört zu den sehr seltenen Beobachtungen von Pupillenstarre im Migräneanfall, wie sie besonders von *Päßler* [1]) beschrieben sind. Auch *Oppenheim* [2]) führt bei Besprechung der periodischen Oculomotorius-Lähmung Fälle von Hemikranie mit temporärer Lähmung eines einzelnen Augenmuskels, z. B. des Levator palpebrae superioris, Sphincter pupillae an, die von ihm, *Massalongo* u. a. beobachtet seien [3]).

Bach [4]) und *Bumke* [5]) erwähnen in ihren Monographien die Pupillenstörungen bei den verschiedenen Formen der Migräne. Letzterer spricht sich über die Pupillensymptome bei der echten Migräne mit einer gewissen Vorsicht aus, „da die Hemikranie einmal mit organischen Nervenkrankheiten kombiniert und überdies auch nur symptomatisch als Äußerung eines andern schweren Leidens auftreten kann". Für diese beiden Annahmen fehlen in der vorliegenden Beobachtung bis jetzt alle Anhaltpunkte. Es fragt sich in unserem Falle, welche Beziehungen bestehen zwischen der langandauernden Amenorrhöe und den Migräneanfällen mit Mydriasis und Pupillenstarre und den hysterischen Erscheinungen der Kranken? Ein Zusammenhang zwischen den Störungen der Menstruation und der Migräneanfälle mit ihren Pupillensymptomen scheint uns sehr wahrscheinlich zu sein [6]), da zeitlich diese Störungen genau zur selben Zeit einsetzten Die Annahme ferner, daß Beziehungen der hysterischen Erscheinungen zu den schweren Menstruationstörungen der Patienten bestehen, ist wohl bei unserer Kranken, die vorher keine hysterischen Erscheinungen dargeboten haben soll, nicht ohne weiteres von der Hand zu weisen. Es muß aber berücksichtigt werden, daß sich auch sonst nicht selten Zeichen von Hysterie bei an Migräne leidenden Personen finden. Die Annahme liegt nahe, daß in unserem Falle mit der Amenorrhöe im Zusammenhang stehende oder

---

[1]) Über einige seltene Fälle von Migräne. Münch. med. Wschr. 1901. S. 1087.

[2]) Lehrbuch der Nervenkranken, 5. Aufl., Bd. I, S. 543.

[3]) Vgl. auch *Wilbrandt-Sänger*, Die Neurologie des Auges. Kapitel „Flimmerskotom" S. 980.

[4]) Pupillenlehre 1908.

[5]) Die Pupillenstörungen bei Geistes- und Nervenkrankh. 2. Aufl.

[6]) Vgl. über die mannigfachen, bei Menstruationstörungen beobachteten Augensymptome.: *Grönow*, Menstruationanomalie. Beziehungen der Allgemeinleiden zu Veränderungen des Sehorgans. Gräfe-Saemisch, Handbuch, 1904. S. 159. — 2. *Berger* und *Loewy*, Les troubles oculaires d'origine génitale chez la femme, und 3. *Runge*, Gynäkologie und Geburtshilfe in ihren Beziehungen zur Ophthalmologie. Leipzig, Ambr. Barth, 1909.



rch sie bedingte Zirkulationstörungen die Ursache der Migräne und ihrer
gleiterscheinungen von seiten der Pupillen bilden. Werden ja die
ipillenstörungen sowohl der einfachen Augenmigräne, wie die Lähmungs-
cheinungen des Auges bei der ophthalmoplegischen Migräne (*Chacrot*),
n einer Reihe von Autoren auf vasomotorische Vorgänge zurückgeführt.
elcher Art diese supponierten Gefäßstörungen in dem vorliegenden Falle
d, ob es sich um Druckwirkungen auf den Pupillarast des Oculomotorius
rch lokale Hyperämien oder um Ernährungstörungen der Nerven handelt,
durch Gefäßkrämpfe hervorgerufen sind, entzieht sich unserer Beur-
lung. Keinesfalls ist es angängig, die Mydriasis
d Pupillenlähmung allein auf Veränderungen
Gebiete des Sympathicus zurückzuführen. Daß
en Reizerscheinungen des Sympathicus (Pupillenerweiterung) auch
mungerscheinungen desselben in unserem Falle eine Rolle spielen,
gt die Röte des Gesichts, die Hyperämie der Conjunctiva usw., die wir
der Patientin in den Anfällen beobachteten.

Unser Fall scheint mir in Verbindung mit den Erfah-
gen von *Oppenheim* (l. c.) und anderer Autoren darauf hinzu
sen, daß innige Beziehungen mancher Formen
n Migräne zur periodischen Oculomotorius-
hmung bestehen. Die Beobachtung kann als eine periodische
lomotorius-Lähmung bei Migräne bezeichnet werden, in der nur der
illarast dieses Nerven befallen ist, wie ja auch bei der typischen periodi-
n Oculomotorius-Lähmung nicht immer alle Äste des Nerven betroffen
den, einzelne Äste frei bleiben können, mitunter die Lähmung sich
r nur auf einen Muskel beschränken kann. Die Frage, ob schwerere
tomische Veränderungen der anfallweise auftretenden Pupillenlähmung
nserem Falle zugrunde liegen, wie sie bei der periodischen Oculo-
orius-Lähmung konstatiert sind, kann erst durch weitere Beobachtung
Kranken vielleicht beantwortet werden. Zunächst weisen keine weite-
Erscheinungen auf ein schwereres organisches Leiden hin.

Stertz-Bonn: Atypische Bleilähmung, durch ein
uma ausgelöst.

Es handelt sich um einen 49 jährigen Anstreichermeister L. L., der
37 Jahren in seinem Beruf tätig ist. Bis zu seinem 20. Jahre kam
veiß lose, seitdem in Öl angerührt in Verwendung, in welcher Ver-
ng es nicht mehr schädlich sein soll. Seit dem 15. Jahre hatte er
Anfälle von Magenschmerzen. Andere toxische ebenso wie infektiöse
ente fehlen. Vor etwa 3 Jahren hatte er einmal 8 Tage lang starke
lterschmerzen. Anfang April 1911 Sturz vom Rad ohne erhebliche
ttelbare Folgen. 3 Tage darauf Schmerzen in beiden Oberarmen,
chließlich außerordentlich heftig wurden. Einige Tage später Par-



ästhesie und Schwäche der Finger, die sich allmählich auf die Arme ausdehnte. In den Beinen geringere Parästhesien.

Es findet sich ein nicht sehr ausgesprochener Bleisaum, sonst abgesehen von den zu beschreibenden neuritischen Veränderungen kein abweichender Befund. Die Arme werden zur Entspannung der Nerven leicht gebeugt gehalten. Die Muskulatur ist im ganzen dürftig. Die linke Schultermuskulatur ist leicht atrophisch. Das linke Schulterblatt steht entsprechend der vorhandenen Serratus-Lähmung flügelförmig ab. Der Arm kann nur wenig abduziert, gar nicht gehoben werden. Der rechte Arm kann bis fast in Schulterhöhe gehoben werden. Heben der Schulter, Rollen des Armes nach außen und innen geht beiderseits leidlich. Beugung des Armes beiderseits mit herabgesetzter Kraft, links besteht völlige Lähmung des Supinator longus. Streckung im Ellbogengelenk links stark, rechts etwas weniger herabgesetzt, Beugung und Streckung im Handgelenk rechts herabgesetzt, links fast = 0. Beugung und Streckung der Finger beiderseits in hohem Grade herabgesetzt (links stärker als rechts). Ebenso verhält es sich mit dem Spreizen. Links kann nur der kleine Finger abduziert werden, der Daumen kann nicht gebeugt und nur sehr wenig abduziert werden, die Opposition ist beiderseits ganz unvollständig Nirgends bestehen Kontrakturen, die Gelenke sind schlaff und nicht schmerzhaft. Beide Hände sind zyanotisch, die Haut des Fingers distal glänzend. Die Armreflexe sind abgeschwächt. Der Trizepsreflex fehlt. Stark druckempfindlich ist beiderseits der Plexus brachialis am *Erb*schen Punkt und in der Achselhöhle, ferner sind alle großen Nervenstämme beider Arme sehr druckempfindlich, desgleichen die Muskulatur. Es besteht keine deutliche Ataxie der Arme. An den Vorderarmen werden beiderseits gelegentlich Flecke von Berührunganästhesie gefunden, die aber in ihrer Begrenzung nicht konstant sind. Auch der linke Daumen erweist sich an der Streckseite für feine Berührung zurzeit unempfindlich. An den Beinen besteht eine starke Druckempfindlichkeit der Adduktorengegend, sonst sind dort Störungen nicht nachweisbar. Es besteht Herabsetzung der faradischen Erregbarkeit in den paretischen Muskeln, die des Supinator longus fehlt links ganz. Galvanisch: träge Kontraktion im Supinator longus, Extensor pollicis longus, in einzelnen Bündeln des Serratus der linken Seite; rechts träge Kontraktion im Extensor pollicis longus, Extensor indicis, Daumenballen, Interosseus I. A. annähernd = K.

Der Fall ist in mehrfacher Hinsicht sehr bemerkenswert, indem er ganz von dem typischen Bild der Bleilähmung abweicht und das Tertium comparationis eigentlich nur durch die Bleianamnese selbst dargestellt wird. Auch diese könnte zweifelhaft erscheinen, da die Verwendung des Bleies in toxisch wirkender Form fast 30 Jahre zurückliegen soll. Indessen wird man doch daran zweifeln können, daß wirklich die Verwendung des Bleiweißes, nachdem es in Öl eingerührt ist die Möglichkeit der chronischen Intoxikation ganz beseitigt. Ferner ist bemerkenswert, daß



hier ein Trauma (Fall vom Rad auf die ausgestreckten Arme) das Leiden zur Auslösung gebracht hat, während, wie die einige Jahre zuvor aufgetretenen Schulterschmerzen andeuten, schon eine Disposition vorhanden war. Daß das Trauma an sich eine derartige multiple progressive Lähmung bedingt haben sollte, ist wohl keinesfalls anzunehmen, zumal sich weder entzündliche Erscheinungen noch überhaupt — abgesehen von geringfügigen Hautabschürfungen — irgendwelche Weichteilverletzungen an das Trauma angeschlossen haben.

Dagegen erscheint es wohl möglich, daß die besondere Lokalisation und die Ausbreitung der Lähmung (vielleicht auch das vorwiegende Befallensein der l. Seite im Gegensatz zum üblichen Verhalten bei Rechtshändern) durch das Trauma mitbestimmt worden ist. Speziell die Beteiligung der Supinatoren, eines Teiles der Schultermuskulatur, des einen Serratus anticus major, stellt ein für die Bleilähmung ganz außergewöhnliches Ereignis dar. Ebenso verhält es sich mit den im ganzen bisherigen Verlauf recht lebhaften Schmerzen, von denen die Entwicklung der Lähmung begleitet war.

Ennen-Merzig: Paranoia oder manisch-depressives Irresein.

Vortragender berichtet mit Bezugnahme auf die Anschauungen von *Specht* über drei Fälle von manisch-depressivem Irresein. Bei dem ersten verlief die Manie in einer Form, die mehr dem Querulantenwahn entsprach. Bei den beiden andern traten Wahnideen derart in den Vordergrund, daß sie bei verschiedenen Beobachtern die Diagnose Paranoia veranlaßten. Die Diagnose stößt bei solchen Fällen besonders dann auf Schwierigkeiten, wenn man den Krankheitverlauf nur kurze Zeit und nicht während seines ganzen Umfanges beobachten kann. Ferner kommt man durch unrichtige Bewertung der Wahnideen leicht zu der Fehldiagnose Paranoia.

Vortragender glaubt, daß unter der Diagnose Paranoia noch manche Fälle gehen, die dem manisch-depressiven Irresein zugehören; besonders gilt das für die akute bzw. periodische Paranoia. Eine Einigung darüber ist deshalb schwierig, weil in diesen Dingen vielfach grundsätzliche Verschiedenheiten in der Auffassung und Beurteilung der einzelnen Krankheitarten bestehen. — Zum Schluß bespricht Vortr. die Ausführungen *Kleist*s in der Ztschr. f. d. ges. Neur. u. Psych. Bd. 5, S. 366.

Diskussion. — *Thomsen*: Ich habe die Arbeit *Kleists* über akute Paranoia, die sich ja in so eingehender Weise mit der meinigen beschäftigt, mit großem Interesse studiert. Bei meiner eigenen Monographie lag mir vor allem am Herzen, darzutun, daß es nicht von Vorteil ist, alle akuten Psychosen, die nicht Dementia praecox sind, in den Topf des manisch-depressiven Irreseins zu werfen, und eine Darstellung zu geben, wie sie praktisch und für den Unterricht noch brauchbar ist. Es mag mir das für die, welche einen anderen Standpunkt einnehmen als ich, nicht überall gelungen sein; auf dem von *Kleist* begangenen Wege kann ich mir aber eine Klärung der Frage praktisch und didaktisch auch nicht versprechen. Was er den



„Symptomenkomplex Paranoia“ nennt, dessen scharfe Abgrenzung er verlangt, ist ja von vornherein ein schwankendes Ding. Gewiß soll die „Wahnbildung durchaus im Vordergrund stehen“, aber m u ß das immer so unbedingt äußerlich sichtbar sein? Ist das, was wir sehen und hören, was uns der Kranke preisgibt, wirklich immer das „Wesentliche?“ Ist die „Analyse“ unabhängig von uns, von unserer subjektiven Beobachtung, von unserem unbewußten Einfluß auf Äußerungen und Wesen des Kranken? Dürfen wir das „Prinzip der zureichenden Differenzierung“, das auf chemische Reaktionen zutrifft, auf die Psychiatrie anwenden, wo Arzt und Patient in doch wesentlich subjektiven Beziehungen zueinander treten, dürfen wir unsere Wahrnehmungen und Schlüsse an Kranken auf eine Stufe stellen mit der physikalisch-chemischen Beobachtung? Ist bei uns nicht alles „Auffassung“? Ist das so, dann kann ich den analytischen Weg praktisch und didaktisch nicht für so hoffnungsvoll halten wie *Kleist*.

Kleist rangiert einen großen Teil meiner Fälle unter die verschiedensten „Komplexe“ und nimmt ihnen damit den Charakter von „Fällen“. Ist mit seinen Komplexen aber etwas Besonderes für Verlauf und Ausgang gewonnen? Ich hege Zweifel!

Was „Paranoia-Komplex“, was „manisch-depressiver Komplex“ ist, das ist doch wesentlich willkürlich, konventionell, jede Festlegung ist immer nur die einer Schule, eine konstante Größe ist das nicht — Was ist „wirklich Gleiches“? Für den einen dieses, für den anderen jenes. Weil meine Schilderung „akute Paranoia“ mit *Kleists* „Paranoia-Komplex“ nicht übereinstimmt, sondern den Rahmen desselben (den bisher *Kraepelin* festgelegt hat, was ja aber doch eben persönlich und damit willkürlich ist) überschreitet, weist er zwei von meinen Fällen, die er als „Paranoia“ anerkennt, zunächst dem manisch-depressiven Irresein zu, dreht aber dann sofort auch dieser Krankheitart, als nicht existierend, den Hals um. Das ist alles ganz richtig und logisch, sobald man seinen weiteren Ausführungen folgt, welche ja wesentlich (analog der Auffassung *Hoches*) eine Auflösung in Komplexe bedeuten. Seine Darlegungen über die endogen-autochthonen labilen Konstitutionen und die daraus sich ergebenden Schlüsse für Paranoia und manisch-depressives Irresein sind sehr interessant — freilich habe ich oft dabei (wie bei den ganzen Bestrebungen der letzten Periode) den Eindruck, daß doch sehr viel Spekulation, recht viele bloße Umschreibungen dabei sind, daß die Unterscheidungsmerkmale doch recht oft einigermaßen künstlich und subjektiv sind, und daß praktisch, didaktisch und vor allem forensisch mit diesen auflösenden Bestrebungen recht schwer oder gar nicht zu arbeiten sein wird. Ist es denn möglich, diese verschiedenen „seelischen Veranlagungen“ v o r der Krankheit resp. o h n e dieselbe zu erkennen? Wird man sie (da doch selten die Anamnese so vollständig ist) nicht doch meist erst a u s den Symptomen und aus dem Verlauf des Falles, d. h. ex post, und eigentlich im Zirkelschluß zu erkennen vermögen?



Können wir „Autochthonie“ und „Reaktion“ immer trennen, sehen wir so genau in das seelische Geschehen hinein? Ich bezweifle es.

Es ist schwer, sich zu verständigen, wenn die Grundlagen der Auffassung so verschieden sind.

Die Lehre von der allein selig machenden Dementia praecox bröckelte ab, verflüssigte sich und vieles wurde vom manisch-depressiven Irresein aufgenommen. Ich habe auch gegen diese Verallgemeinerung im Interesse der Praxis mich aufgelehnt, habe versucht, darzutun, daß es neben Dementia praecox und manisch-depressivem Irresein doch auch noch andere akute Psychosen von anderer Bedeutung und Prognose gibt. — Diese Mühe war eigentlich überflüssig, denn an die Stelle der „Paranoia“ und des „manisch-depressivem Irreseins“ sind die „Komplexe“ getreten. Was bisher mit Leidenschaft als „Krankheit“ hingestellt wurde, ist jetzt nur noch „bereitliegender Komplex“ oder Äußerung einer „Konstitution“. Der philosophisch-spekulative Zug, der durch unsere ganze moderne Forschungwelt geht, zeigt sich auch in unserer Wissenschaft. — Eignet er sich besonders dazu? Leider ja! Aber wo bleibt Praxis, Unterricht und Gerichtsaal dabei?

Ich gebe die „akute Paranoia“ unbedenklich preis, sobald man nur noch exogene Krankheiten (Paralyse, Dementia senilis, Alkoholpsychose, Dementia praecox?) und endogene Symptomenkomplexe und Konstitutionen anerkennt. Solange aber unsere Lehrbücher noch von „Paranoia“ und „manisch-depressivem Irresein“ oder „zirkulärem Irresein“ als Krankheitformen sprechen, solange glaube ich, sollte man auch die Existenz der „akuten Paranoia“ zugeben, — solange wir keine Anatomie dieser Zustände haben, wird man immer dieselbe Sache „so oder so auffassen“ können.

Ennen bemerkt, daß er auf das Buch von *Kleist* nur aufmerksam machen wollte, ohne die Ansichten von *Kleist* zu den seinigen zu machen. Jedenfalls sei die Arbeit recht anregend.

Sommer-Bendorf[1]): Zur Frage der nosologischen Selbständigkeit der Hypochondrie.

Die Hypochondrie war früher eine sehr häufig diagnostizierte Erkrankung, heutzutage wird sie meist nicht mehr als selbständige Krankheitform anerkannt, sondern im allgemeinen der Neurasthenie subsumiert. Vortr. erörtert im einzelnen kurz die Stellung, die die neueren Lehrbücher der Psychiatrie der Hypochondrie gegenüber einnehmen, und erwähnt aus der sonstigen Literatur u. a. die Arbeiten von *Raecke* und *Boettiger*, die die Hypochondrie als selbständige Krankheit anerkennen, aber ihren Schilderungen nicht stets die gleichen Krankheitzustände zugrunde legen, so daß Vortr. nicht alle Fälle dieser Autoren

[1]) Der Vortrag erscheint in den Originalien der Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych.



der Hypochondrie zurechnen möchte. Vortr. ist der Ansicht, daß zwar die meisten Krankheitzustände mit hypochondrischem Symptomenkomplex anderen bekannten Krankheitformen zuzuzählen seien, für eine kleine Gruppe von Krankheitfällen erkennt er aber die Berechtigung an, sie unter der Bezeichnung Hypochondrie als besondere Krankheitform zusammenzufassen.

Die hypochondrischen Krankheitzustände bei jugendlichen Personen mit sogenannten neurasthenischen Symptomen gehören nicht zur Hypochondrie. Meist bestehen neben den hypochondrischen Symptomen noch andere charakteristische Symptome der Entartung, z. B. Phobien, Zwangzustände usw., die die Zugehörigkeit dieser Krankheitzustände zur psychopathischen Konstitution und dem Entartungirresein erweisen. Auch der erworbenen sogenannten Erschöpfungneurasthenie ist die Hypochondrie nicht zu subsumieren. Es werden bei der Neurasthenie wohl einzelne hypochondrische Symptome sehr häufig beobachtet, nicht aber der ausgesprochene hypochondrische Symptomenkomplex, es fehlt durchaus die charakteristische Neigung zur unkorrigierbaren Wahnbildung. Auch kann der hypochondrische Symptomenkomplex resp. ein hypochondrisches Zustandbild nicht einfach als die Steigerung oder der Ausgang einer schweren Neurasthenie aufgefaßt werden, da man schwere Neurasthenien ohne derartigen Ausgang beobachtet, und andererseits den schwereren hypochondrischen Krankheitzuständen keine eigentliche Neurasthenie vorauszugehen pflegt.

Ein großer Teil der auf den ersten Blick als Hypochondrie imponierenden Fälle gehört zu den Depressionzuständen des manisch-depressiven Irreseins. Oft wird erst eine längere Beobachtung die Differentialdiagnose ermöglichen. Der Nachweis anderer depressiver Vorstellungen neben den hypochondrischen Ideen (Beziehungideen, Selbstbeschuldigungen), primäre Angstzustände, ausgesprochene psychomotorische Hemmung, eventuell zeitweise Andeutung manischer Symptome werden zeigen, daß der Krankheitfall nicht als Hypochondrie, sondern als depressive Phase des manisch-depressiven Irreseins aufzufassen ist. Nach Ausscheidung aller derartigen Krankheitfälle bleiben aber doch einige übrig, die einerseits untereinander eine derartige symptomatologische Übereinstimmung zeigen und auch in Entstehung und Verlauf ihre Zusammengehörigkeit bekunden, andererseits nicht ohne Zwang in die anderen bereits erwähnten Krankheitformen eingegliedert werden können, so daß es gerechtfertigt erscheint, für diese Fälle die Bezeichnung Hypochondrie beizubehalten und derselben in dieser Umgrenzung eine nosologische Selbständigkeit einzuräumen. Vortr. teilt zwei derartige Fälle mit. Es handelt sich um Patienten in vorgerücktem Lebensalter, beides Männer; der eine steht bereits im Senium, der andere im Präsenium. Beide Patienten waren früher körperlich rüstige, gesunde, intelligente Männer, die in ihrem Beruf Tüchtiges leisteten und leitende Stellungen



nehatten. In dem einen Fall wird die psychische Erkrankung bei dem sher gesunden Mann durch eine starke gemütliche Erregung subakut ısgelöst. Die ersten Symptome sind Schlaflosigkeit und Einengung s ganzen Denkens auf das betreffende Erlebnis, infolgedessen depressive immung. Dabei treten Sensationen auf, die er als Klopfen im Kopf zeichnet. Es stellt sich dann ein allgemeiner Zitteranfall von durchaus ychogenem Charakter ein, im Anschluß daran entwickelt sich der hypoondrische Symptomenkomplex. Es tritt die unkorrigierbare Wahnidee f, ein Nerv sei gesprungen; diese Idee beherrscht weiterhin das Krankitbild, daneben bestehen Geh- und Atemstörungen, deren Entstehung rch hypochondrische Vorstellungen unzweifelhaft ist.

In dem anderen Falle begann die Erkrankung etwa 3 Jahre, nachdem tient sich zur Ruhe gesetzt hatte und als Rentner lebte. Ob dem Ausıch der Erkrankung irgendein affektbetontes Erlebnis vorausgegangen läßt sich nicht eruieren. Patient klagte anfangs über Schlaflosigkeit d Verstopfung, bekam entsprechende Medikamente in großer Zahl. scheint aber, als ob diese Beschwerden mindestens zum Teil unbendet oder übertrieben, also schon hypochondrischer Natur waren. hypochondrische Charakter der mannigfachen, neu auftauchenden pfindungen und Vorstellungen wurde immer deutlicher. Schließlich errschte der hypochondrische Symptomenkomplex den Kranken artig, daß er ebenso wie der erste Fall einen schwer psychotischen druck machte, für nichts anderes Interesse zeigte, mit größter Hartkigkeit an seinen Wahnideen festhielt. Auch hier traten Zitteranfälle l Gehstörungen auf.

Bei den differentialdiagnostischen Erörterungen bezüglich dieser len Fälle geht Vortr. genauer auf die Momente ein, die es gestatten, Hypochondrie von der Hysterie zu trennen. Er erwähnt z. B. als rentialdiagnostisch für die Hypochondrie in Betracht kommend Neigung zu charakteristischer Wahnbildung, die Herabsetzung der gestibilität, das Fehlen der Stigmata, das Ausbleiben tiefgreifender ktionstörungen, wie sie bei der Hysterie gelegentlich beobachtet len u. a.

Vortr. betrachtet die Hypochondrie als eine wohl charakterisierte r- bzw. Spezialform der großen Gruppe der psychogenen Krankheitıen. Es bleibt dabei die Frage unentschieden, welche ursächlichen ıente nun gerade eine derartige Erkrankung mit diesem eigenartigen bestimmten Symptomenkomplex plötzlich entstehen lassen bei onen, die früher keine Neigung zu hypochondrischer Denkungsweise nnen ließen. Vortr. läßt auch die Frage offen, ob die hypochondrischen andbilder, die z. B. *Raecke* schildert, die in relativ jugendlichem und lerem Lebensalter entstehen und sich vor allem durch das massenhafte reten von Parästhesien und Sensationen aller Art bei oft erhaltener it- und Gesellschaftfähigkeit von der Hypochondrie des höheren



Lebensalters nicht unwesentlich unterscheiden, der eigentlichen Hypochondrie angehören. Es scheint die Auffassung eine gewisse Berechtigung zu haben, in dieser hypochondrischen Neurose mit vorherrschenden Paraesthesien die leichtere Unterform — wohl auf dem Boden der angeborenen psychogenen Disposition meist früher entstehend —, in der hypochondrischen Psychose des höheren Lebenalters mit größerer Neigung zur Wahnbildung die schwerere Unterform der Hypochondrie zu sehen.

Hübner und *Strakosch*-Bonn: Zur forensischen Bedeutung der Hypnose.

Es wird über einen Fall berichtet, der Gegenstand gerichtlicher Untersuchung gewesen ist und nur deshalb nicht zur Aburteilung kam, weil die Angeschuldigte sich der Bestrafung durch die Flucht ins Ausland entzog. Es ist ein Steckbrief hinter ihr erlassen.

Der Kaufmann J. H., jetzt 32 Jahre alt, ist erblich belastet. Die Mutter gilt als sehr nervöse Frau, ein Bruder ist infolge von Schlaganfall gelähmt. Auch der Vater soll ein leicht erregbarer, rasch aufbrausender Mann gewesen sein. H. selbst hat als Kind Scharlach und Lungenentzündung durchgemacht, sich im übrigen aber körperlich gut entwickelt. Er war ein aufgewecktes, sehr lebhaftes Kind, träumte nachts sehr viel, namentlich hatte er viel Träume ängstlichen Inhaltes. Sobald ein Gewitter auftrat, bekam er so große Angst, daß er zur Mutter unter die Schürze floh. Dunkle Zimmer betrat er aus Angst niemals.

In der Schule kam er gut vorwärts. Er besuchte das Gymnasium bis Obersekunda. Dann arbeitete er eine Zeitlang praktisch in einer Spinnerei, bildete sich später kaufmännisch aus und führt jetzt Vertretungen von mehreren großen Spinnereien.

In seinem 20. Lebensjahre lernte er in D. ein Fräulein F. kennen. die damals Berichterstatterin an einer größeren Zeitung war. Sie hatte, wie er nachträglich erfuhr, einen bewegten Lebensgang hinter sich, war u. a. auch Lehrerin für Sprachkranke gewesen und hatte zur Behebung von Sprachleiden auch die Hypnose erlernt und häufig angewendet.

Bald nach Beginn der Bekanntschaft ließ H. sich von der F. ohne besonderen Grund hypnotisieren, was sehr leicht gelang. Sie hypnotisierte ihn etwa 20 mal und bekam ihn dadurch so in die Gewalt, daß sie ihn nur anzusehen brauchte, dann wußte er nicht mehr, was mit ihm geschah; er konnte auch nie mehr sagen, was sie während der Hypnose mit ihm angefangen hatte. Es bestand also jedesmal für die Zeit der Hypnose vollkommene Amnesie. Nachdem H. einige Male geschlechtlich mit ihr verkehrt hatte, gab er der F. freiwillig Geld. Schon nach etwa 8 Wochen aber begann sie selbst welches zu fordern, und als er es nicht geben wollte, zu erpressen. Sie drohte mit Anzeigen wegen Notzucht, Abtreibung (obwohl letztere gar nicht erfolgt sein soll) und Körperverletzung: sie behauptete nämlich, von H. mit Gonorrhöe infiziert worden zu sein.



Obwohl die eben erwähnten Bedrohungen und Erpressungen schon)raufgegangen waren, beeinflußte die F. den Patienten in den nächsten Monaten so, daß er sie in das elterliche Haus führte und sich offiziell it ihr verlobte. Sie kaufte die Ringe, gab ihm dieselben, hypnotisierte ı dann und veranlaßte ihn, ihr vor den Angehörigen den Ring anzu-ecken. Ohne Wissen der Eltern unterhielt er sie gleichzeitig pekuniär.

Gleich nach Veröffentlichung der Verlobung ging er zum Polizei-nmissar seines Heimatortes und bat diesen um Rat, wie er von der rson loskommen könne. Einige Tage später erschien er dann bei dem ›mmissar wieder und bat, von irgendwelchen Schritten gegen das dchen abzusehen. Aus welchem Grunde die Sinnesänderung erfolgte, iß H. nicht mehr; mit seinem Wissen hat sie ihn damals nicht mehr onotisiert.

Die Verlobung ging nach 3 Monaten auseinander, weil der Vater H. inzwischen ermittelt hatte, daß die F. noch andere Beziehungen erhielt. Der Vater entfernte sie infolgedessen aus dem elterlichen use, und seitdem verfolgt sie den Patienten mit Erpressungen. Erst rieb sie mehrere Male um Geld; als er einmal nichts schickte, erschien in seinem Heimatort G. und erwartete ihn in der Nacht vor dem elter-en Hause. Nach Rücksprache mit dem Vater H. wurde sie, um einen at zu vermeiden, für die Nacht ins Haus genommen und dort behalten. nächsten Morgen mußte sie abreisen. Nach dem Betreten des Hauses sie einige Zeit mit dem Patienten allein zusammen. Was während er Zeit zwischen H. und der F. verhandelt worden ist, dessen nnte er sich nicht mehr entsinnen; jedenfalls aber e er ihr 2 Tage später nach, obwohl er ursprünglich selbst sehr empört esen war, daß sie ihn in G. aufgesucht hatte. Die Abreise erfolgte in Weise (Angabe der Mutter), daß Patient, der gerade beim Brief-eiben war, mitten im Satz innehielt, zwanzig Minuten vor Abgang des s aufstand und ohne die Angehörigen zu benachrichtigen, abreiste. raf die F., gab ihr Geld, blieb einige Tage bei ihr und kehrte dann Hause zurück. In G. angekommen, schwieg er über den ganzen all, erklärte auch sein merkwürdiges Verhalten nicht, antwortete ıehr auf alle an ihn gerichteten Fragen nur „fragt mich nicht weiter, age es doch nicht".

In jener Zeit bekam er auch zum ersten Male Weinkrämpfe.

In der Folgezeit wandte sich die F. mehrfach telephonisch an den nten. Sobald sie ihn antelephoniert hatte, reiste er zu ihr. Es handelte dabei mehrfach um sehr weite Reisen, z. B. von Norddeutschland Innsbruck, Chur, Worms usw. Immer mußte er Geld bringen. erlich sträubte er sich gegen diese Reisen . Vor denselben merkten die Angehörigen stets eine Veränderung an. Er aß nicht und sehr aufgeregt. Nachdem die Reisen mehrfach geschehen



waren, paßten die Angehörigen mehr auf; er verstand es aber dann regelmäßig, sie zu täuschen. So lief er z. B., wenn er wußte, daß jemand am Bahnhof aufpaßte, zu Fuß zur nächsten Bahnstation, nachdem er das elterliche Haus unter irgendeinem nichtigen Vorwande verlassen hatte. Nach Rückkehr von den Reisen war er regelmäßig tief deprimiert, weinte viel, bat aber die Angehörigen, ihn nicht mit Fragen zu bestürmen, denn er würde doch nichts sagen.

Durch das Verhalten der F. ist H. allmählich etwa 80 000 Mark losgeworden. Alles, was er nicht zu seinem eigenen Lebensunterhalt gebrauchte, mußte er abliefern. Wenn die F. antelephonierte, gab sie strikte Befehle: „Komm da und da hin und bring 1000 M. mit" oder sie sagte: „Ich erwarte Dich morgen in D. mit 1000 M."[1]). — Wenn er dann sagte, er habe das Geld nicht vorrätig, dann bestand sie trotzdem auf ihrem Wunsch, und H. suchte denselben auf alle Weise zu befriedigen, selbst wenn er sich das Geld leihen mußte oder es auf anderem ungewöhnlichen Wege beschaffte. Einmal z. B. gewährte er einer mit ihm in Geschäftsverbindung stehenden Firma für den Fall der Barzahlung eine Preisermäßigung von etwa 50 %, um nur möglichst schnell Geld für die F. zu bekommen. Wenn er einen Brief von der F. bekam, oder sie ihn antelephonierte, geriet er in heftiges Zittern mit Schweißausbruch und Brechanfällen. Diese Zustände dauerten 1 Stunde und länger und wiederholten sich, sobald Patient etwas aß. Speisen konnte er nach solchen Erregungen nur selten bei sich behalten.

Im März 1906 verlobte er sich mit seiner jetzigen Frau. Er fuhr damals mit dieser zwecks Einkaufs eines Teiles der Aussteuer nach B. Dort erreichte ihn ein Brief der F., in dem sie wieder Geld forderte. Sofort verließ er seine Braut, bezahlte die gemeinsam eingekauften Sachen nicht, reiste direkt zu der F. und brachte dieser das Geld.

Im Juni 1906 heiratete er. Die Ehe war anfangs glücklich, nur verließ er das Haus auch jetzt noch öfters ohne nähere Angaben und brachte der F. Geld. Das geschah etwa alle 2 Monate. Die junge Frau suchte sein Geheimnis vergeblich zu ergründen, da Patient auch ihr gegenüber hartnäckig schwieg.

Innerlich fühlte er sich immer schlechter, er hatte zu nichts Lust, war lebensmüde und wurde auch einmal von seiner Frau dabei betroffen, wie er sich aufhängen wollte. Der Schlaf war sehr unruhig, die Stimmung trübe, er hatte viel ängstliche Träume, in denen er sich von der F. verfolgt fühlte, und schrie nachts oft auf. Dabei lebte er in ständiger Furcht, er könne im Traume sein Geheimnis verraten. Tagüber weinte er sehr viel.

Da die F. immer dringender wurde, gab ihr H. sogar Geld, das ihm gar nicht gehörte. So hat er einmal 5000 M., die ihm sein Schwiegervater

[1]) Sie hat ihm auch oft gesagt: „Wenn ich will, daß Du reisest, dann mußt Du fahren, wohin ich will." Ein anderes Mal sagte sie zu ihm: „Ich kann mit Dir alles machen."



· seine mit ihm in Gütertrennung lebende Frau gegeben hatte, nicht ȝeliefert, sondern der F. geschickt. Es ist auch vorgekommen, daß von seinen Reisen ohne Uhr und Ringe zurückkehrte. Er hatte dann ›s versetzt, um der F. das verlangte Geld geben zu können.

Um einer weiteren Ausbeutung einen Riegel vorzuschieben, traf schließlich mit seinen Hauptkunden und einer Bank ein kompliziertes kommen. Die Kunden durften nie an ihn direkt zahlen, sondern nur die Bank, und letztere wiederum zahlte nur an seine Frau, niemals ihn persönlich. Der Ehefrau erklärte er dieses sonderbare Abkommen ıit, daß er manchmal den Drang habe, alles verfügbare Geld zu nehmen davon zu reisen. Er hoffte auf diese Weise sich vor weiteren Verlusten ıtzen zu können, da er sich der F. gegenüber „wie in einem Bann" te.

Im Jahre 1909, nachdem dieses Abkommen zustande gekommen , drohte sie ihm, wenn er kein Geld schickte, würde sie nach G. kommen ihn blamieren. Er habe außerdem noch weiteres zu gewärtigen und nur sein Testament machen (sie hatte früher schon einmal auf ihn hossen). Da er nun Angst hatte, daß sie wirklich erscheinen würde er im Augenblick nicht genügend Geld vorrätig hatte, um sie zu edigen, floh er trotz seiner unzureichenden Mittel. Gleichzeitig faßte ›n Entschluß, sich zu töten. Er fuhr ohne Unterbrechung nach Ham-, von dort nach New York und San Francisco. Über die Einzelheiten Reise ist er vollkommen orientiert; dieselben wurden auch nach-ıft, und es ergab sich dabei die Richtıgkeit seiner Angaben. Danach ›r, ohne im Dämmerzustand zu sein, lediglich von Angstgefühl vor '. beseelt, und ohne auch nur einen kurzen Hotelaufenthalt zu nehmen, Reise von G. nach San Francisco und zurück ohne Unterbrechung ›führt. Erst auf der Rückreise telegraphierte er nach Hause und ›b Karten. Er forderte auch auf der Rückreise telegraphisch Geld, hm dasselbe inzwischen ausgegangen war. Einen Selbstmordversuch · auf der Reise nicht gemacht. Vor 2 Jahren trat als neues Symptom pileptiformer Anfall mit Zungenbiß auf; seitdem hat er ziemlich ıäßig in Abständen von mehreren Tagen solche Anfälle wieder-ımen. Ob dem ersten Anfall eine besondere Aufregung vorauf-ȝen war, weiß Patient nicht mehr.

Den Angehörigen gegenüber schwieg H. dauernd. Ähnliche Reisen, e nach San Francisco, machte er noch mehrere (z. B. nach London) ıußte einmal sogar von einem Bruder zurückgeholt werden.

Ↄa sich die Verstimmung des H. immer mehr steigerte und außer-lie Anfälle immer häufiger auftraten, beschloß die Familie, den ten in Bonn spezialistisch untersuchen zu lassen. Auch dabei schwieg ächst über die Gründe seiner inneren Unruhe vollkommen. Es fiel st nur auf, daß er in heftiges Zittern, das sich mit Rötung des ts, starkem Schweißausbruch und lebhafter Beschleunigung des

Pulses verband, ausbrach, als seine Ehefrau, die bei ihm inzwischen zwei Postkarten [1]) der F. gefunden hatte, diese dem Arzte zeigte und die Vermutung aussprach, daß möglicherweise eine Frau an dem Zustande des Kranken schuld sei. Es wurde nun, da Patient weitere Auskunft verweigerte, der Versuch gemacht, in Hypnose näheres von ihm zu erfahren. Es gelang außerordentlich leicht, ihn in tiefen Schlaf zu versetzen. In diesem Zustand berichtete er zögernd und stets nur auf erneutes Zureden hin den wesentlichsten Inhalt des im Vorstehenden Wiedergegebenen. Er wurde aufgeweckt, hatte eine vollständige Amnesie für die Vorgänge während der Hypnose und wurde nun veranlaßt, die Einzelheiten auch ohne hypnotische Beeinflussung zu erzählen. Zunächst geriet er in einen heftigen Erregungzustand mit lebhaftem Zittern des ganzen Körpers, ungewöhnlich starkem Schweißausbruch, Rötung des Gesichts und Tachykardie (es wurden Pulse bis zu 130 gezählt). Als er jedoch merkte, daß sein Geheimnis mit der F. bekannt war, berichtete er wenigstens einen Teil der wichtigsten Tatsachen. Bei späteren Besprechungen wurden dann Einzelheiten nachgeholt. Auffallend war, daß während der ersten Zeit des Aufenthaltes in Bonn schon die Erwähnung des Namens der F. einen ausgesprochenen Angstzustand mit den obengeschilderten körperlichen Erscheinungen bei ihm auslöste. Daneben bestand eine tiefgehende Depression mit Neigung zum Weinen, Schlaflosigkeit, Hyperidrosis, Angstgefühl, Alpdrücken und schreckhaften Träume, in denen er sich von der F. verfolgt fühlte. Auch mehrere Anfälle wurden beobachtet, bei einigen derselben biß er sich in die Zunge, Inkontinenz wurde nicht bemerkt. Unter hypnotischer und der üblichen allgemeinen Behandlung besserte sich der Zustand in einigen Wochen. Die Depression nahm ab, die Besprechung der Angelegenheit F. wirkte nicht mehr so ungünstig auf den Patienten wie im Anfang, und auch die Anfälle wurden erheblich seltener. Auf Veranlassung der Vortragenden war gleichzeitig ein Strafverfahren wegen Erpressung und Körperverletzung gegen die F. eingeleitet worden, ein Umstand, der möglicherweise die Besserung auch befördert hat. Die Gerichte wurden mit der Angelegenheit erst dann beschäftigt, nachdem die Angaben des H. in ihren wichtigsten Einzelheiten nachgeprüft worden waren, und nachdem auch einige wenige das Verhältnis zwischen der F. und dem H. betreffende Schriftstücke beschafft worden waren. Die Mutter des H. sowie seine Ehefrau bestätigten die Angaben bezüglich seines Verhaltens und verschiedener Reisen, die polizeilichen Ermittlungen ergaben die Existenz der F., die dann allerdings, nachdem ihre erste polizeiliche Vernehmung erfolgt war, die sie sehr belastete, ins Ausland floh und dann nicht mehr gefunden worden ist. Nachgetragen sei noch, daß die körperliche Untersuchung außer einer lebhaften Steigerung der Sehnenreflexe

[1]) Die meisten Briefe und Karten der F. mußte er auf ihren ausdrücklichen Befehl stets sofort verbrennen!

und einer allgemeinen Hyperalgesie gegen Nadelstiche nichts Wesentliches ergab.

Was zunächst die klinische Seite des Falles anlangt, so haben die Vortragenden ohne nähere Kenntnis der Einzelheiten geglaubt, daß eine Epilepsie mit poriomanischen Anfällen bestand. Diese Diagnose wurde nachher jedoch fallen gelassen, als sich zeigte, daß die Anfälle unter ärztlicher Behandlung fast ganz ausblieben und auch der sonstige Zustand des Patienten sich besserte. Als die Beziehungen des H. zu der F. bekannt wurden und H. seine ganze abenteuerliche Geschichte erzählt hatte, dachten die Vortragenden an eine Pseudologia phantastica und empfahlen eine gerichtliche Verfolgung der Angelegenheit erst dann, als ein Teil der Angaben des Patienten objektiv bestätigt war. Daß es sich nicht etwa in der Tat um die phantastische Erzählung eines Degenerierten handelte, haben dann die weiteren Ermittlungen ergeben. Am deutlichsten spricht dafür auch wohl die Tatsache, daß die Erpresserin die Flucht ergriff, nachdem sie erfahren hatte, daß eine Anzeige gegen sie erstattet war.

Was die Klage anlangt, so war der Tatbestand der Erpressung zweifellos erwiesen. Fraglich erschien es zunächst dem Gericht, ob auch Körperverletzung vorläge. Die Vortragenden sprachen sich bei ihrer Vernehmung dahin aus, daß die fortwährenden Bedrohungen und Erpressungen der F. den Gemützustand des Patienten zweifellos ungünstig beeinflußt hätten. Sie wiesen dabei insbesondere auch auf den Umstand hin, daß das Leiden eine wesentliche Besserung erfahren hatte, nachdem der Kranke gesehen hatte, daß er von jener Person befreit werden würde.

Was die Bedeutung der Hypnose für den vorliegenden Fall anlangt, so ist sie eine zweifache; einmal war es überhaupt nur mit Hilfe der Hypnose möglich, hinter den ganzen Sachverhalt zu kommen, zweitens aber sprachen eine ganze Reihe von Tatsachen dafür, daß die F. den Einfluß, den sie durch die Hypnose über den Patienten erlangt hatte, zu verbrecherischen Zwecken ausgenutzt hat.

Bezüglich des ersten Punktes sei noch hinzugefügt, daß die Vortragenden in der Hypnose dem Patienten nur das Geheimnis entlockten, daran aber keine weiteren Befehle knüpften, und ihn dann unabhängig von der Hypnose in wachem Zustande über die Sache befragten. Dieses Verfahren wurde gewählt, um vor Gericht Schwierigkeiten zu vermeiden und die ganze Angelegenheit wenigstens teilweise des Abenteuerlichen zu entkleiden.

Was die zweite Frage anlangt, ob eine pathologische Suggestion stattgefunden hat, so kamen die Vortragenden zu folgender Ansicht: Am Anfang hat die Angeschuldigte den H. wohl sicher in tiefe Hypnose versetzt. Ob sie später den Pat. auch noch hypnotisiert hat, ließ sich nicht erweisen. Es läßt sich auch nicht mit Bestimmtheit sagen, ob seine Reisen und die verschiedenen Geldsendungen als posthypnotische Au-



träge anzusehen sind. Für diese Annahme spricht die Äußerung der Angeschuldigten, daß H. tun müsse, was sie wolle; wenn sie ihm befehle, er solle da und da hin kommen, so müsse er das tun. Dafür spricht aber auch ferner das Verhalten des H. selbst. Wenn wir seinen Schilderungen über seinen Zustand vor und bei diesen Reisen und Erpressungen folgen dürfen — und großenteils sind seine Angaben von den Angehörigen bestätigt worden —, dann hat er diese Handlungen entgegen seiner besseren Einsicht gleichsam „wie unter einem Bann" oder Zwange stehend ausgeführt. Verschiedene Autoren würden darin eine pathologische Beeinflussung zum mindesten, wenn nicht sogar mit Wahrscheinlichkeit posthypnotische Aufträge sehen. Es sei an den Fall Sauter (*von Schrenck-Notzing*) erinnert. Auch im Fall Czynski lag ähnliches vor. Immerhin bleibt aber zu bedenken, daß es sich im vorliegenden Falle um einen ungewöhnlich leicht beeinflußbaren, degenerativ veranlagten Menschen handelte, so daß es der Annahme eines posthypnotischen Auftrages zur Erklärung des Verhaltens des H. nicht unbedingt bedarf. Bekannt ist ja, daß der Hypnotiseur auch außerhalb der Hypnose bei pathologisch veranlagten Individuen einen unbegrenzten Einfluß haben kann (s. *Forel*, Der Hypnotismus, Stuttgart 1911, Ferd. Enke).

Herting-Galkhausen spricht über die Unterbringung der Geisteskranken während des 17. und 18. Jahrhunderts und berichtigt die allgemeinen Anschauungen über Internierung und Behandlung in den Zucht-, Werk- und Arbeithäusern. Nach den Untersuchungen und Veröffentlichungen *von Hippels* und *Rosenfelds* hat die Bedeutung des Namens „Zuchthaus" im Laufe der Jahrhunderte völlig gewechselt; es waren Korrektions- und Fürsorgeanstalten im Sinne unserer Zeit, ihre Insassen ungeratene Kinder, Säufer, Landstreicher, Epileptiker, Schwachsinnige und Dégénérés, kurz „Häuslinge", nicht „Züchtlinge"; ihre Zweckbestimmung war Erziehung und Zucht im Sinne des lutherischen „züchtig leben", „fein äußerliche Zucht". Die psychisch Abnormen waren von den Häuslingen meist auch räumlich getrennt, wurden ärztlich behandelt und vor Mißhandlungen und Hänseleien geschützt.

Die Vorträge von *Hübner* (Kriminalpsychologisches zum Strafgesetzentwurf) und *Geißler* (Serum und Liquor in der Psychiatrie) mußten ausfallen. *Umpfenbach.*

18. Versammlung des Nordostdeutschen Vereins für Psychiatrie und Neurologie in Danzig am 3. Juli 1911.

Anwesend: *Baller*-Owinsk, *Berg*-Allenberg, *Boege*-Sierakowitz, *Boldt*-Graudenz, *Dodillet*-Owinsk, *Goldstein*-Königsberg, *Hantel*-Neustadt Wstpr.,



Havemann-Tapiau, *Heintze*-Neustadt Wstpr., *Herse*-Neustadt, *Hieronymus*-Lauenburg, *Kayser*-Dziekanka, *Luther*-Lauenburg, *Meyer*-Königsberg, *Mootz*-Schwetz, *Pietsch*-Tapiau, *Rabbas*-Neustadt, *Rothamel*-Danzig, *Schulz*-Danzig, *Seemann*-Danzig, *Semi Meyer*-Danzig, *Siemens*-Lauenburg, *Taubert*-Lauenburg, *Titius*-Allenberg, *Wallenberg*-Danzig, *Werner*-Owinsk, *Witt*-Kosten.

Der Vorsitzende begrüßt die Versammlung nach Eröffnung der Sitzung. Nach Vorlage des Kassenberichtes wird Decharge erteilt und der Beitrag für 1912 auf 1 Mark festgesetzt.

Als nächster Versammlungort wird für 1912 wieder Danzig, als Geschäftsführer werden *Siemens*-Lauenburg und *Werner*-Owinsk vorgeschlagen und gewählt. Die Festsetzung des Termins und Beginns der Sitzung soll den Geschäftsführern überlassen, der Anfang der Sitzung aber, wenn möglich, auf 10 Uhr vormittags festgesetzt werden.

Der Vorsitzende teilt mit, daß leider der Vortrag von *Pelz*-Königsberg: Über Migräne und Epilepsie, ausfallen muß.

Es wird in die Tagesordnung eingetreten.

Goldstein-Königsberg: Über Apraxie.

Alle unsere Bewegungen lassen sich in drei Kategorien einteilen: in die Reflexbewegungen, die automatischen Bewegungen und die Willkürbewegungen. Schon bei der einfachen Reflexbewegung können wir drei Teile unterscheiden, den Aufnahmeapparat, den Übertragungapparat und den Reizabgabeapparat. Die Eigenart der Reflexbewegungen verlangt die Annahme, daß an der Reizabgabe eine Reihe zu einer gemeinsamen Tätigkeit verbundener Zellen beteiligt sind (ein sogenanntes motorisches Merksystem), und daß auch die Reizaufnahme in einem zu einer Einheit verbundenen Komplex von Zellen stattfindet (einem sensorischen Merksysteme). Die automatischen Bewegungen haben mit den Reflexbewegungen den prompten, vom Willen relativ unabhängigen Verlauf auf den sensorischen Reiz hin gemeinsam, sie unterscheiden sich von ihnen dadurch, daß sie zu ihrer Auslösung jedoch eines gewissen Willensimpulses bedürfen. Es handelt sich dabei um gewisse, sehr geübte Bewegungfolgen wie das Essen, das Gehen, das Stricken, Nähen und ähnliches. Im Gegensatz zu den Reflexen müssen wir die automatischen Bewegungen in der Hirnrinde lokalisieren, d. h. also in das Organ, in dem die eigentlichen Willkürhandlungen zustande kommen. Während bei letzteren aber sich zwischen die Reizaufnahme im sensorischen Zentrum und die Abgabe im motorischen eine Erregung in einem anderen Gebiet, die wir als Vorstellung erleben, dazwischenschiebt, findet bei den automatischen Bewegungen ein direkter Übergang des Reizes auf das Motorium statt, man spricht deshalb auch von Kurzschlußreaktionen (*Liepmann*) oder Eigenleistungen des Sensomotorium (*Heilbronner*). Auch diese Be-



wegungen sind ursprünglich willkürlich ausgeführt worden. Die Beziehung zu den Vorstellungen, die diesen Bewegungen keineswegs ganz abgeht, spielt für sie nur eine untergeordnete Rolle. Anders bei den eigentlichen Willkürhandlungen. Hier geht jeder Bewegung eine Vorstellung vorher, eine sogenannte Bewegungvorstellung. Unsere meisten Bewegungen sind komplizierte Bewegungfolgen, deren Zusammensetzung unter dem Gesichtpunkte eines bestimmten zu erreichenden Zweckes geschieht. Wir nennen eine derartige Bewegungfolge eine Handlung. Die Handlung läßt sich auf das Schema des Reflexbogens zurückführen, wenn man nach dem Vorbilde *Wernickes* die psychischen Erlebnisse in diesen einfügt (*Wernicke*s psychischer Reflexbogen). Der Reizaufnahme entspricht die Wahrnehmung, der Reizabgabe die willkürliche Bewegung. Durch den Reiz werden eine Reihe von Vorstellungen wachgerufen, die schließlich zu einer sogenannten Zielvorstellung führen, einer Vorstellung, die in Beziehung zur Außenwelt tritt, indem sie eine willkürliche Bewegung auslöst. Dies ist die Bewegungvorstellung. Vortragender bespricht dann, ausgehend von der Nachahmung einer Bewegung, eingehend das Wesen dieser Bewegungvorstellung. Danach setzt sich die Vorstellung einer Bewegung aus einer Reihe einzelner Vorstellungen zusammen, die den verschiedenen Lagen, die das bewegte Glied während der Bewegung einnimmt, entsprechen. Die Lage wird repräsentiert durch eine räumliche Vorstellung, die Vorstellung einer bestimmten Richtung, der außerdem gewisse sinnliche Erinnerungbilder optischer, taktiler, kinästhetischer Natur zukommen. Außer diesen einzelnen Lagevorstellungen kommt uns noch das Verhältnis der einzelnen Lagen zueinander und das Gesetz ihrer Aufeinanderfolge zum Bewußtsein und der Effekt der Bewegung, der gewöhnlich am Ende des bewegten Gliedes zur Beobachtung kommt und eine räumliche Vorstellung einer bestimmten Form ist. Die Summe der Lagevorstellungen resp. der sie repräsentierenden Richtungvorstellungen bezeichnen wir als Wegvorstellung. Diese Wegvorstellung geht jeder auszuführenden Bewegung vorher. Damit eine wirkliche Bewegung zustande kommt, ist notwendig, daß sie in Beziehung zu der augenblicklichen Lage des zu bewegenden Gliedes tritt, die den Ausgangpunkt der Bewegung bildet. An diese Primärlage reihen wir jetzt nach dem Gesetz der Wegvorstellung die weiteren Lagevorstellungen an, deren jede einzelne durch eine Innervation verwirklicht wird. So ist jede Bewegung einerseits eine Summe von Gliedvorstellungen, andererseits eine Summe von Innervationzuständen. Wie diese Intätigkeitsetzung der Innervationen geschieht, wissen wir nicht, es handelt sich um einen unserem Bewußtsein nicht zugänglichen Vorgang, der seine Entstehung einer phylo- und ontogenetischen Übung verdankt. Vortr. sucht dann diesen Aufbau der Willkürbewegung, der im Referat hier nur ganz summarisch behandelt werden kann, und der ausführlich in einem demnächst erscheinen-



ɜn Beiheft der medizinischen Klinik „Über Apraxie" dargestellt ist, hematisch graphisch darzustellen.

Jede Handlung setzt sich aus einer Folge derartiger Willkür-wegungen zusammen. Vortr. erörtert eingehend die Anschauungen n *Liepmann* und *Kleist* über diese Zusammensetzung, die sogenannte ewegungformel, und kommt zu folgendem Resultat: die ısgangvorstellung erweckt zunächst eine sogenannte Erfolgvorstellung, ıe räumliche Formvorstellung, die den Effekt der Handlung darstellt. ıßerdem wird eine Gesamtbewegungvorstellung wachgerufen, die wir die einzelnen Bewegungvorstellungen, die Verwirklichungvorstellungen legen und die die Vorstufen der Innervationen sind. Wegen aller Einzel-ten muß auch hier auf die ausführliche Mitteilung verwiesen werden. s diesem Aufbau des Bewegungapparates lassen sich alle Störungen Handelns ableiten. Nach einer historischen Übersicht er die Entwicklung der Lehre von der Apraxie t Vortr. auf die tatsächlichen Beobachtungen, die sich besonders seit *Liepmann*schen Publikation über den Patienten mit einseitiger Apraxie nehrt haben, ein. Nach den tatsächlichen Befunden ist es möglich, klinische Formen von Apraxie zu unterscheiden: die motorische raxie *Liepmanns*, die ideatorische Apraxie, die rtikale, gliedkinetische Apraxie und schließlich eine nestische Form der Apraxie. Die motorische raxie ist ausgezeichnet durch das Befallensein einzelner Glieder, schwere Störung schon der einfachen Bewegungen und des Nach-ens, das Hervortreten der sogenannten amorphen Bewegungen. ılten sind dabei die sogenannten Eigenleistungen. Ihre theoretische ärung findet diese Störung durch eine Unterbrechung der Verbindungs-ıen zwischen der Stätte, an der der Entwurf der Handlung zustande nt, und dem betroffenen Motorium, während die Stätte der Ideation das Motorium selbst als intakt anzusehen sind; nur so erklärt sich Erhaltensein der Eigenleistungen und die Intaktheit des Entwurfes Handlung, die daraus hervorgeht, daß der Kranke imstande ist, die ffenden Handlungen mit den anderen nicht betroffenen Gliedern führen. Die ideatorische Apraxie betrifft im Gegen-ıierzu alle Glieder in gleicher Weise; während die einfacheren Be-ıgen häufig noch leidlich vonstatten gehen, sind die Handlungen ɔ schwerer gestört, je komplizierter sie sind. Das Nachahmen ist r gut erhalten; es treten an Stelle der richtigen Bewegungen andere, gungverwechslungen auf. Alle diese Störungen erklären sich durch nnahme, daß dem Symptomenbild eine Läsion des Entwurfs selbst ıde liegt. Bei der dritten Form der Apraxie sind es besonders die eistungen, welche eine Störung aufweisen, während im übrigen lei Defekte zu bestehen brauchen. Die geübten Bewegungen werden so ausgeführt, als wenn sie das Individuum noch niemals vorher



gekannt hätte. Hier ist die Stätte, an der die Eigenleistungen lokalisiert anzunehmen sind, das Sensomotorium, als erkrankt zu betrachten. Bei der amnestischen Apraxie handelt es sich schließlich um eine erschwerte Ansprechbarkeit der Bewegungvorstellungen, ähnlich wie bei der amnestischen Aphasie der Sprachvorstellungen. Der Kranke muß sich lange besinnen, ehe er eine komplizierte Bewegung auszuführen vermag, er kann prompt nachahmen, er führt keinerlei falsche Bewegungen aus; wenn er eine Bewegung machen kann, so ist sie richtig.

Vortr. geht dann auf die Lokalisation der verschiedenen Formen der Apraxie ein. Er bespricht zunächst, wo wir uns die verschiedenen Bestandteile des normalen Bewegungvorganges lokalisiert zu denken haben, und kommt dabei auf Grund von Anschauungen, die er schon früher mehrfach vertreten hat, zu folgendem Ergebnis: Wir haben im Gehirn außer den motorischen und sensorischen Gebieten ein einheitlich funktionierendes Feld anzunehmen, in dem der spezifische Vorstellungbestandteil zustande kommt, und das wir als Begriffsfeld bezeichnen können (vgl. hier besonders die ausführliche Mitteilung). Dieses Feld dehnt sich zwischen den Sensorien und Motorien auf beiden Hemisphären aus und steht mit ihnen in Verbindung. In ihm kommen unter anderem auch die Bewegungvorstellungen zustande. Die motorische Apraxie entsteht dadurch, daß die Verbindung zwischen dem Begriffsfeld und einem bestimmten Motorium unterbrochen ist, die ideatorische Apraxie durch Läsion des Begriffsfeldes selbst, die amnestische Apraxie durch eine eigenartige Erregbarkeitherabsetzung des Begriffsfeldes. Die kortikale Apraxie ist die Folge einer Läsion der feineren Assoziationkomplexe (der motorischen Merksysteme) im Motorium bei Intaktheit der gröberen. Nach diesem theoretischen Lokalisationversuch bespricht Vortr. eingehend die bisher tatsächlich bei apraktischen Störungen erhobenen Befunde und kommt dabei zu folgenden lokalisatorischen Resultaten: die einfache zerebrale Lähmung gestattet die Annahme eines groben Herdes entweder in der Pyramidenbahn oder den motorischen Zentren. Verbindet sich mit einer geringen Parese das Bild der sogenannten kortikalen Apraxie, so dürfen wir eine feinere Läsion des motorischen Zentrums erwarten, die nur die komplizierteren Merksysteme schädigt, die die einfache Motilität vermittelnden Elemente aber intakt läßt (etwa eine paralytische oder arteriosklerotische Rindenerkrankung usw.). Ist die Motilität intakt, laufen auch die Eigenleistungen prompt ab, besteht dagegen eine motorische Apraxie, so müssen wir einen Herd annehmen, der das betroffene Motorium an sich intakt läßt, aber es von dem übrigen Gehirn zu isolieren vermag. Bei vollständiger rechtseitiger motorischer Apraxie wird der Herd sich um die linkseitigen Zentralwindungen herumziehen, sich vom Scheitel in mehr oder weniger weiter Ausdehnung nach dem Stirnhirn erstrecken, gewöhnlich im Mark liegen, die Rinde aber intakt

lassen. Je schwerer die Apraxie ist, je mehr die Akinese hervortritt, desto mehr werden wir annehmen können, sind die Stirnhirnverbindungen unterbrochen. Isolierte linkseitige Apraxie gestattet mit größter Sicherheit die Diagnose auf Affektion des Balkens, und zwar in der rechten Hemisphäre; bei Verbindung mit rechtseitiger Parese in der linken Hemisphäre. Bei linkseitiger Dyspraxie in Verbindung mit rechtseitiger Hemiplegie wird der Herd entweder im Balken in der linken Hemisphäre oder im suprakapsulären Marklager in der linken Hemisphäre liegen. Je weniger die Lähmung, je mehr die Apraxie vorherrscht, desto näher liegt der Herd dem Balken selbst. Schwere Akinese beider Seiten spricht für einen Herd im linken Stirnhirn, akinetische neben apraktischen Erscheinungen in den linken Extremitäten bei Fehlen solcher in den rechten für einen Herd, der neben dem Balken das rechte Stirnhirn affiziert.

Ideatorische Apraxie gestattet entweder die Annahme einer diffusen Hirnerkrankung arteriosklerotischer u. a. Natur oder einer Herderkrankung vorwiegend im Gebiete des linken Scheitellappens, die sich entweder mit einer diffusen Hirnerkrankung verbindet oder ihrer Natur nach geeignet ist, gleichzeitig eine diffuse Hirnschädigung hervorzurufen. Treten neben den ideatorisch-apraktischen Erscheinungen geringe rechtseitig motorische hervor, so wird man vermuten können' daß sich ein Herd im Marklager der linken Hemisphäre findet, der nur zu geringen Allgemeinschädigungen führt, andererseits auch nur wenige Verbindungen des linkseitigen Motorium löst. Eine Kombination von ideatorischer Apraxie, Störungen des Erkennens und linkseitiger motorischer Apraxie wird, wenn alle sonstigen Herderscheinungen fehlen, neben einer diffusen Hirnerkrankung besonders an einen Hydrozephalus denken lassen, der den Balken schädigt.

Diskussion. — *Wallenberg*-Danzig spricht über einen Fall von Apraxie unter Erläuterung am Präparat.

Bauer-Owinsk: Spannungserscheinungen am Gefäßsystem und ihre differentialdiagnostische Verwertbarkeit für die Dementia praecox.

Gefäßstörungen in Gestalt von Ödemen und Zyanose der Haut sind bekannte Erscheinungen im Krankheitbilde der Dementia praecox. Vortragender sieht als Grund ihres Zustandekommens ebenfalls die Spannungzustände an, die bei der Katatonie zur Katalepsie der Muskulatur führen, und bezeichnet die Ödeme und Zyanose als Folgeerscheinungen einer Katalepsie der Gefäßmuskulatur.

Auf Grund statistischer Untersuchungen und gestützt auf einschlägige Literatur hält Vortragender die Gefäßstörungen für ein spezifisches Symptom der Dementia praecox und daher wohl verwertbar für die Differentialdiagnose.



Zum Schlusse spricht er die Vermutung aus, daß die Gefäßstörungen stark beteiligt seien an der relativ schnellen Verblödung, die der Dementia praecox eigentümlich ist. (Vgl. dieses Heft S. 613.)

Diskussion. — *Meyer*-Königsberg weist darauf hin, daß die pathologisch-anatomischen Befunde bei der Dementia praecox doch etwas zahlreicher und bedeutungvoller seien, als der Vortragende annehme; insbesondere seien die Gliaveränderungen wichtig. *M.* erinnert an die Pupillenstörungen, die auch in enger Beziehung zu den Spannungzuständen zu stehen scheinen. Bei den vasomotorischen Erscheinungen sei auch der gar nicht seltenen Pulsbeschleunigung zu gedenken — ohne Herzerkrankung —, die er mehrfach anhaltend (ohne besondere Erregung) beobachtet habe.

Siemens-Lauenburg: M. H. Gegen die Behauptung des Herrn Vortragenden, daß die von ihm beschriebenen, übrigens sehr bekannten Erscheinungen am Gefäßsystem der an Dementia praecox Leidenden die Ursache der Verblödung wären, muß ich mich wenden. Wir kennen ja das Grundleiden, durch welches die Dementia praecox entsteht, das Wesen des ganzen Krankheitprozesses noch nicht. Man hat vermutet, daß es sich um eine Störung der inneren Sekretion von Drüsen oder Organen handelt. Was es ist, wissen wir ja noch nicht, man kann es X nennen. Durch das X aber werden einmal die psychischen Krankheiterscheinungen und daneben die Krankheiterscheinungen an dem Gefäßsystem hervorgerufen, nicht die Gefäßstörungen sind die Ursache der Dementia praecox. Es kann eine ähnliche Störung sein, wie wir sie für das Myxödem schon kennen.

Herrn Professor *Meyer* kann ich beistimmen, daß die pathologische Anatomie der Dementia praecox bereits allerlei Befunde am Nervensystem kennt. Man findet bei den meisten chronisch verlaufenden Dementia praecox-Fällen Degenerationen im Rückenmark, Strangerkrankungen ähnlich wie bei der Dementia paralytica.

Boege-Sierakowitz behauptet, daß die Ödeme dadurch zustande kämen, daß die Muskulatur bei der Dementia praecox anders gespannt werde als bei gesunden Verhältnissen.

E. Meyer-Königsberg: Zur Kenntnis der psychischen Störungen bei körperlichen Erkrankungen.

In den zahlreichen Untersuchungen der letzten Jahre über psychische Störungen bei Infektionkrankheiten, von denen ich die umfassenden Bearbeitungen von *Siemerling* und von *Bonhöffer* hier nur nenne, kommt immer mehr die Überzeugung zum Ausdruck, daß eine Abgrenzung derselben weder nach der Art der Infektionkrankheit noch nach der Zeit des Auftretens im Verlauf der einzelnen Infektionkrankheiten möglich ist. Vielmehr läßt sich nur so viel sagen, daß die psychischen Störungen bei ihnen unter dem Bilde gewisser „Reaktiontypen" und „Verlaufformen" (*Bonhöffer*), bestimmter Symptomenkomplexe zu verlaufen



pflegen. Diese sind auch keineswegs auf die Infektionkrankheit beschränkt, sondern wesensgleich denen, die wir bei andern exogenen Ursachen, Intoxikationen, körperlichen Erkrankungen, Commotio cerebri, Strangulation usw. sehen.

Ferner hat sich die Aufmerksamkeit besonders einer Reihe von Symptomen zugewandt, die teils direkt auf eine schwere Schädigung des Zentralnervensystems, lokal oder diffus, hinweisen, teils auf der Grenze psychisch und organisch bedingter Störungen stehen. Es sind das auf der einen Seite artikulatorische Sprachstörung, Abschwächung und Fehlen der Kniephänomene und dergleichen mehr, auf der andern Seite Erscheinungen von Aphasie, Agraphie, Alexie und Apraxie.

Sie bilden eine Art Parallele zu dem oben Ausgeführten insofern, als sie bei näherer Prüfung in immer größerer Zahl bei den psychischen Störung gen überhaupt exogenen Ursprungs nachweisbar sind.

Zuerst Berichte über zwei in psychotischer Hinsicht bei sondere Fälle:

1. (Vorgestellt am 1. Mai 1911 im Verein für wissenschaftliche Heilkunde in Königsberg i. Pr.) 52 Jahre alt. 1910 auffallend angegriffen und korpulent. Ende 1910 schwere Influenza mit vielfachen somatischen und vor allem zerebralen Erscheinungen. Zunehmender körperlicher Verfall. Einsetzen von Delirien.

6. März 1911 Klinik. Unregelmäßiges Fieber zwischen 38 und 39°, allmählich weniger, noch längere Zeit ein wenig über 37° bis 10. April. Wassermann negativ; auch sonst Blutbefund negativ, ebenso wie die Untersuchung des Liquor cerebrospinalis. Pupillen weit. R/L träge. Schwerfällige, verwaschene, nasale Sprache. Ataktische, unsichere Schrift.

Psychisch: Zuerst deliriöse Zustände, allmählich äußerlich geordnet und ruhig, nun immer mehr phantastische Wahnideen im Sinne der Beeinträchtigung: sei in einer Menschenfleischverarbeitungfabrik, sei zum Tode verurteilt, Zunge ihm abgebrochen, alles umgestürzt, seine Kinder würden gemartert und dergleichen.

Am 10. April — an demselben Tage definitives Verschwinden des Fiebers — aufklärende Besuche von Angehörigen. Danach plötzliche Krankheiteinsicht mit voller Erinnerung für die „schweren Träume". Körperliche und geistige Kräftigung. Dauernd gut geblieben.

Der 2. Fall betrifft einen 42 jährigen Mann, der 1910 besonders viel geschäftliche Aufregungen (Differenzen mit dem früheren Kompagnon) hatte. 1. Juli Erysipel, 12 Tage Fieber, zum Teil sehr hoch. Delirien (Visionen, näheres nicht festzustellen). Seit 7. Mai ängstlich, niedergedrückt. Beunruhigung wegen eines tatsächlich früher verfaßten Testamentes. Diese Idee hielt auch am 13. noch an, nachdem Patient äußerlich geordnet geworden war und im wesentlichen orientiert. Dazu andere Beeinträchtigungideen: im Bureau Papiere aus der früheren geschäftlichen Differenz, die dem Gegner bekannt wurden, Totenschein eines gleich-



namigen Mannes von Schwägern heimlich beigebracht, sei totgesagt und anderes mehr. Vergiftungideen vorübergehend. Allmähliches Zurücktreten der Wahnideen. Nach etwa 14 Tagen (26. Mai) volle Krankheiteinsicht, geordnet, verständig, Erinnerung an die Wahnideen gut, sonst lückenhaft.

Das Verwandte der beiden Fälle liegt vor allem darin, daß nach einer deliriösen Phase äußerliche Ordnung und Orientierung eintritt, Sinnestäuschungen zurücktreten, dabei aber Wahnideen noch bestehen bleiben. Dieselben schließen sich offenbar an an deliriöse Erlebnisse, sind wenigstens in der letzten Zeit der Delirien noch entstanden, im 2. Falle handelt es sich auch deutlich um krankhafte Ideen, die an seelische Erregungen des letzten Jahres gerade anknüpfen.

Man spricht bei Wahnideen, die noch in die nachdeliriöse Zeit hineinragen, von residuären Wahnideen, worauf bei Alkoholdeliranten besonders *Bonhöffer* hingewiesen. Allerdings weichen die Wahnideen hier von dem eigentlichen Residualwahn durch lebhafte Affektbetonung und Weiterentwicklung ab. Es kommt zu einer Art System auf Grund der deliriösen Erlebnisse, man wird an die akute Alkoholparanoia, die akute Halluzinose der Trinker erinnert, doch treten hier Gehörtäuschungen nicht deutlich hervor. Das Prägnante ist die äußere Ordnung, Ruhe und Orientierung bei lebhaften, zum Teil weiter sich entwickelnden Wahnideen.

In dem Hervortreten solcher Verlauftypen wieder deutliche Ähnlichkeit zu andern exogenen Psychosen, speziell den alkoholischen.

Von den Störungen, die auf eine organische und zirkumskripte Erkrankung des Zentralnervensystems hindeuten könnten, sind hervorzuheben die Abschwächung, ja das fast Aufgehobensein der Knie- und Achillessehnenphänomene, ohne Zeichen der Neuritis, Erscheinungen, die dann nach dem Schwinden der Infektionkrankheit ganz allmählich zurückgehen. Wiederholt findet sich auch lang anhaltend: träge Lichtreaktion der Pupillen (Konvergenzreaktion anscheinend normal) mit oder ohne Störung der Sehnenreflexe, weiter eine artikulatorische Störung der Sprache und entsprechende der Schrift mit Auslassungen und dergleichen.

Diese Symptome sind ja mehr weniger bekannt, doch möchte *M.* ihr häufiges Vorkommen betonen. Der Verdacht auf Paralyse entsteht durch sie nicht selten, so in dem ersterwähnten Falle, wo aber der negative Liquor- und Blutbefund dagegen sprachen.

Endlich kommen auch gar nicht selten Aphasie und verwandte Störungen amnestischer Art vor, Agraphie, Alexie und auch Apraxie, bald nur angedeutet, bald sehr ausgesprochen, wie in dem



ersten Falle (Schriftproben!). Sehr bemerkenswert ist dabei gegenüber der verhältnismäßigen Konstanz der erstgenannten körperlichen Störungen der Wechsel dieser Erscheinungen. So erklärte zum Beispiel der erste Patient einmal, nachdem er Licht und Streichholzschachtel richtig bezeichnet hatte, man könne damit messen, und legte tatsächlich die Schachtel an das Licht, während er andere Male keine deutliche Apraxie erkennen ließ.

Der Wechsel dieser Symptome spricht gegen eine Herderkrankung, sie müssen als Folge der diffusen Schädigung des Gehirns wohl angesehen werden, zum Teil stehen sie vielleicht direkt in Abhängigkeit von den psychotischen Erscheinungen. Sie entsprechen durchaus den aphasischen usw. Symptomen, wie sie von *A. Westphal* bei Traumatikern, CO-Vergiftung, Eklampsie, von *Meyer* ebenfalls nach Kopfverletzungen beobachtet sind, wieder ein Zeichen für die Zusammengehörigkeit der exogenen psychischen Symptomenkomplexe.

E. Meyer-Königsberg demonstriert zwei Präparate, die dem von *Raymond* und *Cestan* beschriebenen Bilde einer Meningo-Myelitis marginalis progressiva entsprechen. (Der Fall ist auch von *Andernach*, Arch. f. Psych. Bd. 47, Heft 2 erwähnt.)

25 jährige Patientin. Lues (wann?). Anfangs manische Erregung, ohne körperlichen Befund. Dann etwas Fieber, Typhusverdacht. Widal negativ. Liquor: sehr starke Leukozytose, bakteriologisch nichts. Weiterhin immer mehr Hervortreten von Lymphozytose gegenüber der Leukozytose. Allmählich spastische Parese der Beine, Steigerung der Reflexe, Sensibilitätstörungen, Schmerzen in den Beinen, Störung von Blase und Mastdarm. Besserung der Parese, Auftreten von Demenz mit Größenideen, artikulatorische Sprachstörung, Abschwächung der Kniephänomene. Paralytische Anfälle.

Die Untersuchung des Nervensystems, das mir von Herrn Kollegen *Stoltenhoff*-Kortau freundlichst zur Verfügung gestellt wurde, ergab: Im Gehirn typischer paralytischer Befund (adventitielle Infiltration der großen und kleinen Gefäße usw.). Starke Leptomeningitis wie bei Paralyse. Am Rückenmark diffuse Infiltration der Meningen mit Lymphozyten vorwiegend, breite, ringförmige Randsklerose des Rückenmarks, die mit *Pal-Weigert* ganz hell erscheint, mit Gliafärbung starke Gliawucherung erkennen läßt, am stärksten im Brustteil. Gebiet der Pyramidenseitenstränge beiderseits degeneriert, dort auch frische Degeneration. In der Randsklerose Gefäße, von der Pia einstrahlend, mit verdickter Wand und Infiltration mit Lymphozyten und Plasmazellen. *Raymond* reiht seine Fälle der *Erb*schen syphilitischen spastischen Spinalparalyse an, wenn auch bei dieser die ganz reinen Fälle keine Meningitis erkennen ließen. Hier ist sehr bemerkenswert die Vereinigung mit dem sicher paralytischen Befunde.





Wallenberg-Danzig berichtet zum Schluß über einige Fälle von Herzkranken, die bei Anwendung von Digitalis oder ähnlichen Mitteln Halluzinationen und Tobsuchtanfälle erst nach Eintritt der Diurese bekamen.

Diskussion. — *E. Meyer*-Königsberg: Das Auftreten von psychischen Störungen bei Kompensationstörung eines Herzfehlers und das Schwinden derselben mit Wiederherstellung der Kompensation ist nicht so selten, in der Literatur von *Fischer*, *Bonhöffer* und andern beschrieben. Der umgekehrte Modus, wie ihn Herr *Wallenberg* beobachtet hat, d. h. das Auftreten der Psychose bei Resorption der Ödeme usw., ist erheblich seltener, wenn auch nicht unbekannt in der Literatur.

Bericht über die XII. Jahresversammlung des Vereins Norddeutscher Irren- und Nervenärzte am 5. August 1911 zu Strelitz (Alt).

Die Versammlung fand im Festsaale der Mecklenburg-Strelitzschen Landes-Irrenanstalt statt. Es waren anwesend: *Dabelstein*-Neustadt i. H., *Hindenberg*-Strelitz (a. G.), *Kafka*-Friedrichsberg, *Lomer*-Strelitz, *Metz*-Neustadt i. H., *Moeli*-Herzberge (a. G.), *Repkewitz*-Schleswig, *Reye*-Hamburg, *Rittershaus*-Friedrichsberg, *Schäfer*-Langenhorn, *Schlüter*-Gehlsheim, *Serger*-Strelitz.

Vorsitzender: *Serger*. Schriftführer: *Lomer*.

Beginn der Sitzung: Vormittags 9 Uhr.

Der Vorsitzende *Serger* begrüßt die Teilnehmer im Namen der Behörde wie der Anstalt und teilt mit, daß Einladungen zur nächstjährigen Versammlung nicht vorliegen.

Reye schlägt daraufhin vor, sich zu diesem Zwecke mit *Cimbal*-Altona in Verbindung zu setzen. Der Antrag wird angenommen.

Es folgen sodann geschäftliche Mitteilungen und der Kassenbericht. Nach deren Erledigung die Vorträge.

Rittershaus-Friedrichsberg: Die Differentialdiagnose zwischen Dementia praecox und manisch-depressivem Irresein.

Vortragender referiert über den jetzigen Stand der Frage. (Der Vortrag erscheint ausführlich mit Kasuistik im Jahrbuch Hamburger Staatskrankenanstalten 1911.)

Die Heredität ist kein absolut sicheres Kriterium. Die größte Schwierigkeit bietet die Diagnose aus einem Zustandbilde. Bezüglich der Bewertung der einzelnen Symptome hierbei stehen sich *Wilmanns* und *Urstein* gegenüber. *W.* legt großen Wert auf manisch-melancholische



ymptome. Schwerer, scheinbar katatonischer Stupor, Flexibilitas, egativismus, Echopraxie, gemütliche Stumpfheit und Demenz u. s. w. ınnen durch manisch-melancholische Erscheinungen vorgetäuscht wer-n. Sehr oft imponieren Mischzustände, z. B. manischer Stupor oder ıproduktive Manie als „läppisch", „albern". Halluzinationen werden her viel zu oft diagnostiziert, wo es sich in Wirklichkeit bei einem ınisch-Depressivem um Illusionen gehandelt hat. In der Statistik hat ffallenderweise die Katatonie, bei der am leichtesten eine Verwechslung ıglich ist, meist den größten Prozentsatz von Heilungen, im Gegensatz r Hebephrenie oder gar zur Dementia paranoides.

Aber *W.* geht sicherlich zu weit, wenn er „absurde, verschrobene, nirierte" Kranke, die „ohne Affekt die abenteuerlichsten Wahnideen rbringen" usw. (vgl. seine Beispiele, Vers. bayr. Psych., München 1907, se Ztschr., Bd. 64, S. 682) wegen des Verlaufs und einzelner manisch-lancholischer Symptome als manisch-depressiv auffaßt.

Die stärkste Reaktion darauf ist *Urstein*, der alles als Dementia ecox auffaßt und wahrscheinlich ebenso über das Ziel hinausschießt. er seine Ausführungen enthalten doch viel Richtiges: Warnung vor erschätzung der manisch-melancholischen Symptome. Als differential-gnostisch wichtig betont er die „intrapsychische Ataxie", die „innere harmonie" bei Dementia praecox.

Andere Autoren (*Bornstein*, *Thomsen*, *Rehm*, *Isserlin* usw.) suchen ch feinere psychologische bzw. experimentell-psychologische Unter-hung dem Problem näher zu kommen, jedoch versagen gerade diese rägungen oft bei den unklaren Fällen.

Auch die Erforschung der Endzustände hat die Frage nicht zu lösen nocht. Es gibt wohl sicher geheilte Dementia praecox — wenn viel-ıt auch seltener, als man vielfach annimmt —, aber es gibt auch zweifel-nicht geheilte Fälle von manisch-melancholischem Irresein. Nicht auf arteriosklerotischer Basis, sondern auch ohne diese kann es zu einem igen Schwächezustand kommen (mit relativem Intaktsein der rein lektuellen Fähigkeiten), worauf schon *v. Hößlin* aufmerksam gemacht Vortragender schlägt hierfür den Namen „perniziöse Manie" bzw. lancholie" vor. Allerdings ist die Differentialdiagnose gegenüber der katatonie hier sehr schwer, wenn auch wohl *Sommer*-Bendorf zu weit n dürfte, der alle diese Fälle hier unterbringen will.

Es gibt aber auch scheinbar rein manisch-melancholische Endzu-le, bei denen die Anamnese ergibt, daß es sich um echte Dementia :ox gehandelt hat.

Weiterhin kann ein chronisch-manischer Querulant (im Sinne von *pecht*) für eine Dementia paranoides gehalten werden, was doppelt genehm ist, wenn eine jahrelange, an Heilung grenzende Remission ;t. Andererseits kann aber auch ein Fall jahrelang als eine solche ıische Manie imponieren und sich späterhin doch zum typisch para-



noid-dementen Endzustand entwickeln. Schwierigkeiten macht auch ein manisch-melancholisches Irresein bei Imbezillen. Und schließlich gibt es ganz unklare Fälle, für die bald diese, bald jene Diagnose zu passen scheint, und die man überhaupt nicht rubrizieren kann. (Kasuistik an anderer Stelle.)

Diskussion. — *Repkewitz* widerspricht in einigen Punkten. Von „Dementia praecox" darf man überhaupt erst dann reden, wenn wirklich eine Demenz vorhanden ist. Mit den Schlußausführungen des Vortragenden ist *R.* aber durchaus einverstanden.

Rittershaus, Schlußwort.

Kafka-Friedrichsberg: Über das Vorkommen natürlicher Immunkörper im Liquor cerebrospinalis und dessen theoretische und praktische Bedeutung.

Die Literatur zeigt uns, daß Bakteriengifte und ihre Reaktionsprodukte, daß Agglutinine, Hämolysine, Alexine soviel wie nie in der Zerebrospinalflüssigkeit gefunden werden. Erst die *Wassermann*sche Reaktion wies Antikörper im Liquor nach. Trotzdem konnten Versuche, die nach subkutaner Injektion von abgetöteten Bakterien deren Reaktionsprodukte im Liquor suchten, nur zu einem negativen Resultat gelangen. Arbeiten über das dem Liquor sehr nahestehende Kammerwasser der vorderen Augenkammer weisen den Grund nach: der Antikörpergehalt ist zu gering (der 1000. Teil des Gehalts des Blutserums an Antistoffen), ist aber bei Entzündungen gesteigert. Da sich infolgedessen mit dem Liquor im normalen Zustande keine Antikörper nachweisen lassen, da man zuviel Flüssigkeit brauchte, wurden akute Entzündungen: die akute Meningitis, und chronische Entzündungen: die Paralyse, untersucht, und zwar auf ihren Gehalt an „natürlichen" bzw. normalen Immunkörpern. Nahm man zur Sensibilisierung von 1 ccm einer 5% Hammelblutaufschwemmung 10 ccm Liquor, so konnte man mittels einer von *Weil* gefundenen einfachen Methodik und bei zweistündiger Sensibilisierung bei den akuten Meningitiden ohne Komplementzusatz, bei der Paralyse mit Zusatz einer vorher austitrierten Komplementmenge im Liquor Hammelbluthämolysine nachweisen. Die Untersuchung einer ganzen Anzahl von Fällen ergab folgendes Resultat:

Von 51 Paralysen waren 47 positiv, 4 negativ, 18 akute Meningitiden (darunter 11 tuberkulöse, 5 epidemische, 2 eiterige) zeigten positives Resultat, ebenso eine fragliche, eine juvenile Paralyse und drei Übergangfälle — das sind initiale Fälle — mit meist nur somatischen Erscheinungen, die aber auch positiven Wassermann im Liquor hatten. Alle Kontrollfälle, (85, darunter normale Fälle sowie Psychosen und Nervenkranke verschiedener Art) zeigten auch bei längerer Sensibilisierung und größeren



iquormengen keine Hämolysine. Bei den negativen Paralysefällen war eist auch im Blute kein Amboceptor nachzuweisen.

Scheint also die Reaktion auch, wenn die Nachprüfungen es beätigen, ein einfaches praktisches Hilfsmittel in der Paralysediagnose darıstellen, so ist doch ihr **theoretischer Wert größer**, indem die er-ıhte Durchlässigkeit der Meningealgefäße bei Paralyse sicher nachge esen ist, und zwar eine spezifische, indem nicht, wie bei den akuten eningitiden, Komplement mitgeht.

Für die Kenntnis der Pathogenese der Paralyse kann dieses Faktum elleicht von großem Werte werden.

Serger: **Zur Frage der Verletzung der Schädel-ısis und des Gehirns.**

Im Anschluß an einen von *Longard*-Sigmaringen seinerzeit veröffent-hten Fall referiert Vortragender über eine entsprechende eigene Beob-ıtung, um die Schwierigkeiten zu demonstrieren, welche die Beurteilung ·artiger Fälle sehr oft macht.

Ein Eigentümer, Mitte der fünfziger Jahre, unehelich, von scheuem, ückhaltendem Wesen, kein Potator, guter Familienvater, erlitt 10. Jan. ı4 einen **Unfall** durch Sturz auf der glattgefrorenen Landstraße; ein genrad ging ihm über den Brustkorb. Ärztlicherseits festgestellt: ıch der 5. l. Rippe, Bluterguß im l. Brustfellraum. Langsame Er-ıng; eine gedrückte hypochondrische Stimmung blieb zurück, geringere ıeitfähigkeit. August 1904 stellen mehrere Ärzte fest, daß keine Un-folgen mehr vorhanden, die subjektiven Beschwerden werden für uliert gehalten. (Die Autopsie ergab später Bruch auch der 6. u. 7. R.)

29. August 1908 **abermaliger Unfall**, Patient wird bewußt-auf der Tenne aufgefunden. Blutung aus Nase und Ohren, Blut-:hen, spontaner Urinabgang. Diagnose: Gehirnerschütterung. Kopf-nerzen und Schlaflosigkeit stellen sich ein. Erwerbunfähigkeit ange-ımen: 25%. Nach Bericht des Ortsvorstandes vom 27. November ȝ war Pat. noch bettlägerig und nicht arbeitfähig. Der behandelnde : schätzte die Erwerbunfähigkeit auf 100%. Ein Obergutachten des '. *Windscheid* in Stötteritz vom 24. März 1909 schloß sich der Diagnose ınd schätzte die Erwerbunfähigkeit auf 20%. Völlige Restitution in ·er Zeit wurde in Aussicht gestellt.

24. Mai 1909 ließ Pat. sich in hiesiger Anstalt untersuchen. Man eine ganze Reihe von Empfindungstörungen und schätzte die Er-ıunfähigkeit auf 100%. Hierauf wurde Pat. zur Beobachtung der alt überwiesen und befand sich hier vom 2.—26. August 1909.

Befund: Dermographie, sehr wechselnder, meist aber **ver-gsamter Puls, Romberg, Tremor manuum et lin-e**, Sehnenreflexe lebhaft, **mechanische Erregbarkeit öht.** Überwiegen der Anodenschließungzuckung über die Ka-

thodenschließungzuckung. L. Pup. > r., r. Pup. unregelmäßig, Reaktionen r. langsam. Hautempfindlichkeit nicht prüfbar wegen Unzuverlässigkeit sämtlicher Angaben. Psychisch fand sich: Schlaffes Wesen, auffallender Stimmungwechsel, ständige Unruhe, Unstetheit, Neigung zum Übertreiben, große gemütliche Reizbarkeit, die sich bis zu Schwindel- und ohnmachtähnlichen Anfällen, mit blasser Gesichtsfarbe und ungeheuer beschleunigtem Puls, steigerten. Gegen seine Familie, besonders seine Frau, zeigte Pat. eine gewisse Abneigung.

Diagnose: psychische Erkrankung mit hysterischen Zügen. Erwerbunfähigkeit 100%. Gegen den Schiedgerichtsbeschluß, welcher Erwerbfähigkeit von 40% annahm, wurde Berufung eingelegt. Doch wurde Pat. noch vor Beendigung des Verfahrens von der Ortspolizei wiederum der Anstalt zugeführt, weil er seine Familie bedroht und tätlich angegriffen hatte. Der Zustand war der gleiche wie früher, doch traten die Stimmungschwankungen noch schärfer hervor. Am 21. Februar 1910 Suicid: Pat. erhängte sich mittels eines heimlich beiseite geschafften Küchentuchs im Klosett.

Die Leichenöffnung ergab einen Bruch der Schädelbasis. „Der Bruch begann etwa in der Mitte der vorderen Schädelgrube mit zwei Ästen; dort, wo die beiden Äste zusammenstießen, fand sich ein Defekt der tab. vitr. int., etwa in der Ausdehnung von 1 ½— ½ cm. Der Bruch erstreckte sich dann bogenförmig bis zum Os ethmoidale, durchsetzte es, ging über die kleinen Keilbeinflügel den Körper des Keilbeins hinweg, sprang auf die vordere Fläche des Felsenbeins über, ging in dessen Mitte senkrecht in die Höhe und endete auf der Hinterfläche des Felsenbeins, dicht lateral vom foramen jugulare. Es ist also das Felsenbein in zwei Teile gespalten". Hirnhäute im Bruchbereich fest mit Knochen und Gehirn verwachsen. An der Stirnhirnbasis zwei gelbe Erweichungherde, parallel der Bruchrichtung, zwei cm lang.

Die Witwe erhielt nunmehr Hinterbliebenenrente. — Auffallend ist hier vor allem, daß von keiner Seite zunächst an die Möglichkeit einer Basisfraktur gedacht worden ist. Selbst *Windscheid* spricht nur von einer Gehirnerschütterung, „deren Folgen bis auf zeitweise eintretenden Kopfschmerz und eine geringe Nervenschwäche völlig wieder behoben sind." Immerhin ist bekannt, daß auch schwere Basisbrüche oft nur mit geringen Krankheitzeichen einhergehen. Auch die große Verschiedenheit des Krankheitbildes nach Kopfverletzungen ist bekannt. Aus dem hier vorliegenden Symptomenkomplex, Reizbarkeit, Stimmungschwankungen, Schwindel- und Ohnmachtanfällen, Unruhe und Wahnideen läßt sich allerdings die Diagnose einer Basisfraktur nicht mit genügender Sicherheit stellen, nur die geistige Erkrankung konnte keinem Zweifel begegnen; als möglich war auch eine organische Erkrankung anzunehmen. Will man in solchen Fällen ein wirklich sicheres Urteil gewinnen, so darf man niemals einer einzelnen Untersuchung blind vertrauen, sondern fährt



immer noch am besten, wenn man den Fall längere Zeit in der Anstalt behält und eingehend beobachtet.

Daß diese ganzen psychischen Merkmale bei den Verhandlungen des Schiedgerichts in keiner Weise bewertet wurden, ist jedenfalls recht charakteristisch. Man fürchtet immer noch zu sehr, einer Simulation zum Opfer zu fallen.

Auch ist eine gewisse Schuld an der Verkennung des vorliegenden Falles vielleicht der Furcht vor einer „Rentenhysterie" zuzusprechen. *Wimmer*-Kopenhagen fand indes unter 14 305 Unfällen nur 0,6 % nachgewiesener Rentenhysterie, und für Deutschland ist diese Zahl auf 0,9 % berechnet worden. Jedenfalls Grund genug, bei derartigen Annahmen die allergrößte Vorsicht walten zu lassen.

D i s k u s s i o n. — *Rittershaus* spricht seine Verwunderung darüber aus, daß man angesichts der organischen Erscheinungen des Falles, Blutungen aus Nase und Mund, nicht auf den Gedanken einer Basisfraktur gekommen sei. Er bedauert, daß keine Lumbalpunktion gemacht ist, da in vielen ähnlichen Fällen eine Vermehrung des Druckes festgestellt worden sei. — Mit der milden gesetzgeberischen Behandlung der Rentenhysterie ist *R.* n i c h t einverstanden. Man sollte die Rentenhysterie als Psychose auffassen und die Betroffenen in Anstalten unterbringen.

Serger befürwortet in solchen Fällen die einmalige Entschädigung.

Repkewitz: Man kann diese Hysteriker nur dann den Anstalten zuführen, wenn besondere Indikationen vorliegen, z. B. Gemeingefährlichkeit. Das Prinzip der einmaligen Entschädigung ist zu billigen.

Kafka: Drucksteigerung ist nur mit großer Vorsicht zu verwerten. Oft läßt sich die wirkliche Ursache einer hohen Drucksteigerung garnicht ermitteln.

Rittershaus: Es kommen doch auch solche Kranke in die Anstalt, welche n i c h t gerade gemeingefährlich sind. Daß in meinem Vorschlage eine gewisse Härte liegt, gebe ich zu. Eine solche Härte liegt aber auch z. B. in der Quarantäne.

Schäfer: Auch das Hamburgische Recht verbietet dergleichen. Die Anstalten müssen sich heute ganz besonders hüten, zu sehr zu Zwanginstituten zu werden.

Repkewitz pflichtet im Ganzen dem Vorredner bei. Die meisten Leute wollen ja auch garnicht „geisteskrank" sein.

Rittershaus hält seinen Vorschlag aufrecht.

Serger erwähnt kurz die Mecklenburgischen Aufnahmebedingungen.

S c h l u ß d e r S i t z u n g gegen 12 Uhr.

An die Sitzung schloß sich ein von der Behörde gegebenes Frühstück, ein Rundgang durch die Räumlichkeiten der 1902 eröffneten Anstalt, sowie eine Wagenfahrt durch die Waldungen der Umgebung an. Um 3 Uhr nachmittags fand ein gemeinsames Essen im benachbarten Kurhaus Domjüchsee statt. *Lomer.*



Kleinere Mitteilungen.

Durch gemeinsamen Erlaß der Minister des Innern, der öffentlichen Arbeiten und für Handel und Gewerbe vom 8. Juli 1911 (abgedruckt im Ministerial-Blatt für Medizinalangelegenheiten Nr. 14) treten an Stelle der Bestimmungen vom 19. August 1895 folgende

Vorschriften
über Anlage, Bau und Einrichtung von Kranken-, Heil- und Pflegeanstalten, sowie von Entbindungsanstalten und Säuglingsheimen.

§ 1. Größere Krankenanstalten im Sinne der nachstehenden Vorschriften sind Anstalten mit mehr als 50 Betten, kleinere Anstalten solche mit 50 Betten und darunter.

I. Allgemeine Vorschriften.

§ 2. 1. Die Krankenanstalt muß frei und entfernt von Betrieben liegen, die geeignet sind, den Zweck der Anstalt zu beeinträchtigen. Der Bauplatz muß wenigstens 100 qm für das Bett groß, der Baugrund in gesundheitlicher Beziehung einwandfrei sein.

2. Die Frontwände derjenigen Krankenräume, die zum dauernden Aufenthalt von Kranken bestimmt sind, müssen von anderen Gebäuden mindestens 20 m, die übrigen wenigstens 10 m entfernt sein.

3. Vor den Fenstern der Krankenzimmer muß mindestens ein solcher Freiraum verbleiben, daß die Umfassungswände und Dächer der gegenüberliegenden Gebäude nicht über eine Luftlinie hinausgehen, die von dem Berührungspunkt der Frontwand mit dem Fußboden der Krankenzimmer aus unter einem Neigungswinkel von 30° zu der verlängerten Fußbodenlinie gezogen wird.

4. Die Anlage von rings durch Gebäude umschlossenen Höfen ist im allgemeinen unzulässig.

5. Jedes Stockwerk, das für mehr als 30 Betten bestimmt ist, muß zwei Treppen mit Ausgängen ins Freie haben.



6. Bei größeren Krankenanstalten muß für die Aufnahme von Kranken eine Beobachtungabteilung mit besonderem Eingang von außen vorhanden sein.

§ 3. 1. Flure und Gänge müssen mindestens 1,8 m breit, gut belichtet, lüft- und heizbar sein.

2. Gänge, an denen Krankenräume liegen, sind einseitig anzulegen. Jedoch können an der den Krankenräumen gegenüber liegenden Seite Nebenräume (Anrichteküche, Bade-, Aborträume, Zimmer für Pflegepersonal usw.) bis zur Hälfte der Länge des Ganges angebracht werden.

§ 4. 1. Die für Kranke bestimmten Räume müssen in der ganzen Grundfläche gegen das Eindringen von Bodenfeuchtigkeit gesichert sein.

2. Räume, deren Fußboden nicht mindestens 30 cm über der anschließenden Erdoberfläche liegt, dürfen mit Kranken nicht belegt werden.

3. Krankenzimmer, die das Tageslicht nur von einer Seite erhalten, dürfen nicht nach Norden liegen.

4. Die Wände in allen Krankenzimmern sollen glatt, in Operations- und Entbindungzimmern sowie in solchen Räumen, in denen Personen mit übertragbaren Krankheiten untergebracht werden, abwaschbar und mit ausgerundeten Ecken hergestellt sein.

5. Die Türen und Fenster sollen mit einfacher, abgerundeter Profilierung sowie abwaschbar hergerichtet sein.

§ 5. 1. Die Haupttreppen sollen in Anstalten über 20 Betten feuerfest, d. h. aus Beton oder aus Kunststein mit Eiseneinlage unter Ausschluß von Naturstein hergestellt und in allen Geschossen einschließlich des Dachgeschosses mit massiven Wänden umgeben werden. Für Anstalten bis zu 20 Betten genügen Treppen aus Holz mit unterseitigem Verputz, aus unverputztem Eichenholz oder aus Eisen und zu ihrer Umschließung Wände aus beiderseits verputztem Fachwerk, aus Zement, Gips, Kunststeinplatten, Rabitzmasse und dergl.

2. Die Haupttreppen sollen ohne Wendelstufen und mit geraden, ihnen an Breite gleichen Podesten angelegt und mindestens 1,3 m breit sein, die Stufen sollen mindestens 30 cm Auftrittbreite und höchstens 17 cm Steigung haben. Die Treppenhäuser müssen Licht und Luft unmittelbar von außen erhalten.

3. Die Fußböden aller von Kranken benutzten Räume sind möglichst wasserdicht und so herzustellen, daß die Kranken vor Abkühlung geschützt sind.

§ 6. 1. Die Krankenzimmer, alle von den Kranken benutzten Nebenräume, Anrichteküchen, Flure, Gänge und Treppenhäuser müssen mit Fenstern versehen werden, die unmittelbar ins Freie führen, die Fensterfläche soll in mehrbettigen Krankenzimmern mindestens 1 : 7 der Bodenfläche, in einbettigen Zimmern (Einzelzimmern) mindestens 2 qm betragen.



2. Für Räume, in denen Kranke mit übertragbaren Krankheiten oder bettlägerige Sieche untergebracht werden, kann eine größere Fensterfläche vorgeschrieben werden.

3. Die Fenster müssen mit geeigneten Einrichtungen zum Schutz gegen Sonnenstrahlen versehen sein.

§ 7. 1. Bei bettlägerigen Kranken muß in mehrbettigen Zimmern für jedes Bett ein Luftraum von wenigstens 30 cbm bei 7,5 qm Bodenfläche und in einbettigen Zimmern ein Luftraum von wenigstens 40 cbm bei 10 qm Bodenfläche vorhanden sein; bei Kindern unter 14 Jahren genügt in mehrbettigen Zimmern ein Luftraum von 20 cbm bei 5 qm Bodenfläche für jedes Bett.

2. Bei Kranken, die nicht bettlägerig sind, genügt in mehrbettigen Zimmern ein Luftraum von 24 cbm, bei Kindern unter 14 Jahren ein Luftraum von 15 cbm, wenn ausreichende Tageräume von mindestens 2 qm Bodenfläche für den Kranken vorhanden sind.

3. Mehr als 30 Betten dürfen in einem Krankenraum nicht aufgestellt werden.

§ 8. 1. In jeder Krankenanstalt muß für jede Abteilung oder für jedes Geschoß mindestens ein geeigneter, mit der Hauptfensterseite nicht nach Norden gelegener Tageraum für zeitweise nicht bettlägerige, in gemeinsamer Pflege befindliche Kranke eingerichtet werden, dessen Größe auf mindestens 2 qm für jeden Kranken, mindestens aber auf 20 qm zu bemessen ist. Veranden, die geschlossen und ausreichend erwärmt werden können, sind als Tageräume anzusehen.

2. Außerdem muß ein mit Gartenanlagen versehener Erholungsplatz von angemessener Größe, in der Regel von 10 qm Fläche für jedes Krankenbett vorgesehen werden.

§ 9. 1. Alle Krankenzimmer und von Kranken benutzten Räume müssen in einwandfreier Weise zu heizen, zu lüften und zu beleuchten sein.

2. Die Fenster der von den Kranken benutzten Räume, der Flure, Gänge und Treppen sollen leicht zu öffnen und mit Lüftungseinrichtungen versehen sein.

3. Für alle von Kranken benutzten Räume, Flure und Gänge muß eine ausreichende Erwärmung vorgesehen sein. Hierbei ist der Belästigung durch strahlende Wärme vorzubeugen, Staubentwicklung von der Heizeinrichtung aus und Überhitzung der Luft an den Heizflächen zu vermeiden, jede Beimengung von Rauchgasen auszuschließen.

§ 10. Für jedes Krankenbett müssen täglich wenigstens 200 l gesundheitlich einwandfreies Wasser geliefert werden können.

§ 11. 1. Die Entwässerung und die Entfernung der Abfallstoffe muß in gesundheitlich unschädlicher Weise erfolgen.

2. Auswurf- und Abfallstoffe, von denen anzunehmen ist, daß sie Krankheiterreger enthalten, müssen sofort unschädlich gemacht werden.



§ 12. 1. Die Aborträume sind in ausreichendem Umfang mit wenigstens einem Abort für je 15 Betten der Männer- und je einem für 10 Betten der Frauenabteilung in der erforderlichen Ausstattung und von den Krankenzimmern genügend getrennt anzulegen. Der Abort ist mit einem Vorraum zu versehen, der wie der Abort selbst mindestens ein ins Freie führendes Fenster haben muß, ausreichend hell, ständig gelüftet und heizbar sein soll. Für Männer sind Pissoire in einem besonderen Abteil des Abortraumes anzubringen.

2. Für das Pflegepersonal sind besondere, von denjenigen für Kranke getrennte, Aborträume anzubringen.

§ 13. 1. In jeder Krankenanstalt müssen geeignete Räume und Einrichtungen für Vollbäder vorhanden sein.

2. In größeren Anstalten sollen mindestens ein Raum mit der erforderlichen Einrichtung zu Vollbädern für die Aufnahme und Reinigung, einer für ansteckende Kranke und einer für das Pflegepersonal auf jeder Abteilung vorhanden sein, ebenso eine transportable Wanne.

§ 14. 1. In jeder Krankenanstalt sind je ein Raum für ärztliche Untersuchungen, ein Raum zum Abstellen und Erwärmen der Speisen mit den erforderlichen Wärmevorrichtungen und ein Raum für die Darreichung der „Ersten Hilfe", der zugleich als Behandlungzimmer dienen kann, ferner Einzelzimmer vorzusehen, in denen Kranke, deren Absonderung unbeschadet des § 19 erforderlich wird, untergebracht werden können.

2. Bei größeren Krankenanstalten müssen derartige Räume in einer den Abteilungen entsprechenden Zahl vorhanden sein.

§ 15. In Krankenanstalten, in denen Operationen ausgeführt zu werden pflegen, sind in der erforderlichen Weise ausgestattete Operationszimmer einzurichten, die auch die Vornahme aseptischer Operationen gestatten.

§ 16. Die Wirtschafträume sind so anzulegen, daß Dünste oder Geräusche aus ihnen nicht in die Krankenräume dringen können. Bei größeren Krankenanstalten sind die Wirtschafträume in einem besonderen Gebäude oder Gebäudeteil unterzubringen.

§ 17. 1. Jede Krankenanstalt muß eine ausschließlich für deren Insassen bestimmte Waschküche haben. Infizierte Wäsche darf ohne vorherige Desinfektion nicht gereinigt werden.

2. Für jede Krankenanstalt ist in einem ausreichend abgesonderten Gebäude oder Gebäudeteile eine geeignete Desinfektionseinrichtung vorzusehen, sofern nicht am Orte eine öffentliche Desinfektionsanstalt zur Verfügung steht.

3. Zur Unterbringung von Leichen ist in jeder Krankenanstalt ein besonderer Raum in erforderlicher Weise einzurichten und auszustatten, der nur diesem Zwecke dient und dem Anblick der Kranken mög-



lichst entzogen ist. Für größere Anstalten ist ein besonderes Leichenhaus mit einem Raum für die Vornahme von Leichenöffnungen erforderlich.

4. Waschküche, Leichenhaus und Desinfektionshaus dürfen unter einem Dach angeordnet werden, wenn die Anlagen untereinander durch eine massive Wand vollständig getrennt werden. Dagegen darf die reine Seite der Desinfektionseinrichtung mit der Waschküche in Verbindung stehen.

§ 18. In allen Krankenanstalten müssen männliche und weibliche Kranke, abgesehen von Kindern bis zu 10 Jahren, in getrennten Räumen, in größeren Anstalten in getrennten Abteilungen untergebracht werden.

§ 19. Für Kranke, die an übertragbaren Krankheiten leiden, sind die erforderlichen Absonderungsräume nebst Abort und Baderaum entweder in einem besonderen Gebäude oder in einer abgesonderten Abteilung mit besonderem Eingang von außen, bei Obergeschossen, wenn möglich, auch mit besonderer Treppe von außen vorzusehen.

II. Vorschriften über besondere Anstalten.

a) Anstalten für Geisteskranke, Epileptische und Schwachsinnige.

§ 20. Abteilungen und Räume für dauernd oder zeitweise auch am Tage bettlägerige, ferner für erregte oder unruhige oder einer besonderen Pflege bedürftige, für hilflose oder unsaubere Kranke (Aufnahmehäuser, Wachsäle, Lazarette, Siechenabteilungen, Säle für Bettruhe, Stationen für Unsaubere usw.) fallen unter die Bestimmungen der §§ 1—19. Doch sind Abweichungen von den Vorschriften in den Fällen zulässig, wo durch ihre Befolgung eine sichere Bewahrung der Kranken oder die Übersichtlichkeit der Räume verhindert wird. Dies gilt im besonderen von den Vorschriften des § 3 Abs. 2, § 4 Abs. 3, § 9 Abs. 2, § 12 und § 13 Abs. 2. Auf genügende Belichtung und Heizung, namentlich aber auf sorgfältige Entlüftung ist in diesen Ausnahmefällen besonders zu achten.

§ 21. 1. Für Kranke, die am Tage den Schlafräumen ganz fern bleiben, körperlich rüstig, nicht störend und völlig sauber sind, ist, genügende Lüftung und Belichtung vorausgesetzt, eine Verminderung des Luftraumes in den Schlafräumen auf 20 cbm und der Grundfläche im Tagesraum auf etwa 3 qm für den Kranken zulässig (§ 7 und 8). Auch kann in bezug auf die Größe der Fensterfläche (§ 6) Dispens gewährt werden. 2. Die im § 20 aufgeführten Abweichungen von den allgemeinen Vorschriften finden auch für diese Art Kranken sinngemäße Anwendung. 3. Arbeiträume für diese Kranken können auch in hellen, trockenen und luftigen Kellerräumen untergebracht werden.

§ 22. Bei allen nicht unter den § 20 fallenden Abteilungen, besonders bei kolonialen Gebäuden, Landhäusern und Villen für ruhige, körperlich rüstige und regelmäßig beschäftigte Kranke bleiben die Vorschriften der §§ 2 bis 19 außer Anwendung. Heizung, Lüftung, Belichtung, Wasser-



versorgung und Beseitigung der Abfälle müssen jedoch sowohl für die eigentlichen Krankenräume als auch für die Beschäftigungsräume, Arbeitstätten und Nebengelasse ausreichend und derart eingerichtet werden, daß jede ungünstige Einwirkung auf die Gesundheit ausgeschlossen bleibt.

§ 23. Die Vorschriften des § 22 gelten auch für Nervenheilanstalten, Nervenheilstätten, für Erholungsheime, für Nervenkranke, Anstalten für Alkoholkranke und ähnliche Anlagen. In jeder Nervenheilanstalt usw. müssen jedoch Räume für dauernd bettlägerige, körperlich hilflose und geschwächte Kranke zur Verfügung stehen, für welche die Vorschriften des § 20 gelten.

§ 24. Bei allen in den §§ 22 und 23 erwähnten Anstalten und Abteilungen sind ausreichende Badeeinrichtungen, die Möglichkeit der Beschäftigung und eine genügende Fläche zur Bewegung im Freien vorzusehen.

§ 25. In den Anstalten für Geisteskranke, Epileptische oder Schwachsinnige (§§ 20 bis 23) bis zu 20 Betten muß wenigstens ein passend gelegener und eingerichteter Raum von 40 cbm Luftraum für die Absonderung von Kranken vorhanden sein, in Anstalten von 21 bis 50 Betten sind wenigstens zwei solche Räume vorzusehen. In größeren Anstalten dieser Art sind entsprechend erweiterte Anlagen, namentlich auch zur Absonderung von Personen mit übertragbaren Krankheiten einzurichten.

b) Lungenheilstätten.

c) Entbindungsanstalten und Säuglingheime.

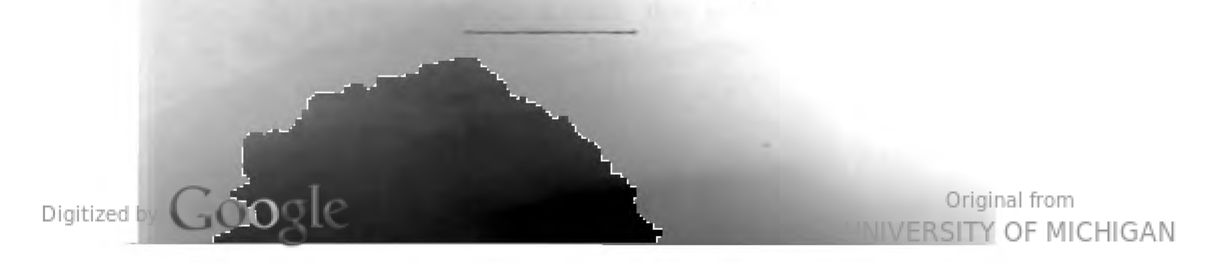
d) Sonstige Bestimmungen.

§ 35. Von den Bestimmungen des § 2 Abs. 1—5, § 4 Abs. 2, § 6, § 8 Abs. 2 und § 12 Abs. 2 kann der Regierungspräsident, im Landespolizeibezirk Berlin der Polizeipräsident von Berlin, für die Provinzialanstalten der Oberpräsident, Ausnahmen zulassen. Diese Behörden sind auch zur Genehmigung von Abweichungen nach den Vorschriften der §§ 20 und 33 befugt.

§ 36. 1. Auf Erweiterungsbauten finden die vorstehenden Vorschriften gleichmäßige Anwendung. 2. Bei Umbauten von Anstalten, die den vorstehenden Vorschriften nicht entsprechen, können noch weitergehende Dispense, als im § 35 vorgesehen sind, erteilt werden.

§ 37. Die Vorschriften der Baupolizeiverordnungen bleiben insoweit in Kraft, als sie nicht durch die vorstehenden Bestimmungen verschärft werden.

§ 38. Zuwiderhandlungen gegen diese Polizeiverordnung werden, sofern nach den bestehenden Gesetzen keine höhere Strafe verwirkt ist, mit Geldstrafe bis zu 60 Mk. oder mit entsprechender Haftstrafe geahndet. Daneben bleibt die Polizeibehörde befugt, die Herstellung vorschriftmäßiger Zustände herbeizuführen.



Personalnachrichten.

Dr. *Ad. Seeligmüller*, Geh. Med.-R. in Halle, feierte am 22. August sein 50jähriges Doktorjubiläum.

Dr. *Joh. Runkel*, Abt.-Arzt, ist von Lüben nach Rybnik,

Dr. *Kurt von Rottkay*, Abt.-Arzt, ist von Freiburg O.-S. nach Leubus versetzt worden.

Dr. *Werner Runge*, Priv.-Doz., ist zum Oberarzt der Klinik in Kiel ernannt worden.

Dr. *Willy Vorkastner*, Ass.-Arzt der Klinik in Greifswald und

Dr. *Aug. Homburger*, Ass.-Arzt der psychiatr. Poliklinik in Heidelberg, haben sich als Privatdozenten habilitiert.

Dr. *Martin Reichardt* in Würzburg ist zum a o. Professor,

Dr. *Joh. Kayser*, Dir. in Dziekanka ist zum Geh. Sanitätsrat,

Dr. *Eug. Möller*, Oberarzt in Plagwitz,

Dr. *Max Tippel*, Dir. Arzt in Kaiserswerth, und

Dr. *Franz Haase*, Oberarzt in Niedermarsberg sind zu Sanitätsräten ernannt worden.

Dr. *H. Sachs* in Breslau hat den Titel Professor erhalten.

Dr. *Carl Moeli*, Geh. Med.-R., Prof., Berlin-Lichtenberg, ist Ehrenmitglied der medico-psychological Society of Great-Britain and Ireland,

Dr. *Heinr. Schüle*, Geh.-R., Dir. in Illenau, Ehrenmitglied des badischen staatsärztlichen Vereins geworden.

Dr. *Theod. Kirchhoff*, Prof., Dir. in Schleswig, und

Dr. *Konr. Alt*, Prof., Dir. in Uchtspringe, haben den Kronenorden 3. Kl.,

Dr. *Jos. Hoppe*, Oberarzt in Uchtspringe, den Roten Adlerorden 4. Kl.,

Dr. *W. Camerer*, Med.-R. in Stuttgart, hat die Carl Olga-Medaille in Silber erhalten.

Dr. *A. v. Karczewski*, Dir. d. Privatanstalt Kowanowko bei Obornik, ist gestorben.

Zur Psychologie der Aussage bei der Dementia praecox (Schizophrenie)[1].

Von

Vera Eppelbaum.

Mit 2 Abbildungen.

I.

Das Problem der Aussage tritt immer mehr und mehr in den Vordergrund der psychologischen Forschung. Die Untersuchungen auf diesem Gebiete und vor allem die von *William Stern* haben bereits eine Reihe von wichtigen Fragen aufgerollt, die weit aus dem Rahmen der engeren Psychologie hinausragen.

Das Aussagestudium beschäftigte uns jedoch bis jetzt eigentlich nicht als Selbstzweck, sondern vielmehr als Mittel zum Zweck. Man suchte meistens nach dem praktischen Werte der Aussage, nach ihrer Rolle auf den verschiedenen Gebieten des praktischen Lebens; man bediente sich der Aussage hauptsächlich als einer Art psychologischen Hilfmittels, als eines „Erkenntnismittels für andere psychologische Probleme", als eines „psychologischen Symptoms".

Meist suchte man die formale Seite der Aussage, wie z. B. die Auffassung und Erinnerung nach Umfang, Inhalt und Korrektheit, das Verhältnis der spontanen zu der bloß rezeptiven und reaktiven Leistungfähigkeit und dgl. Es wurden hauptsächlich die äußeren Einflüsse, denen der gesamte Aussagevorgang ausgesetzt ist, in Betracht gezogen, insbesondere die Technik der Aussage, die Form, in der sie herbeigeführt wird, die mannigfaltigen Abstufungen und Verzweigungen hinsichtlich ihrer Fehlerhaftigkeit usf.

Hingegen merkwürdig wenig ist das Verhältnis des jeweiligen inneren Lebens zum Aussagevorgang beachtet worden, diejenigen

[1]) Aus der psychiatrischen Klinik der Universität Zürich (Dir. Prof. Dr. E. Bleuler).



inneren Triebkräfte, die ihn in jedem Einzelfalle beeinflussen, die ununterbrochene psychische Tätigkeit, welche die Aussage von innen heraus konstellieren und ihr das charakteristische Gepräge geben, — diese wurden fast gänzlich außer acht gelassen, jedenfalls nicht in dem Maße berücksichtigt, wie sie es wohl verdienten.

Wenn jemand ein Erlebnis berichtet, so bezieht sich seine Aussage nicht auf das, was geschehen ist, sondern auf die Vorstellung, die er jetzt von dem Erlebnis hat. Er erzählt eigentlich von dem Inhalt seines Bewußtseins, vom psychischen Geschehen [1]).

Wir kommen folglich mit dem Aussagevorgange erst in dem Moment in Berührung, wo er bereits einen langen Entwicklungsprozeß in der Psyche durchgemacht, eine Reihe von Instanzen durchlaufen hat, wo eine Fülle von verschiedenartigstem, psychischem Ballast auf ihm haften geblieben und vieles unterwegs abgebröckelt ist. Der Aussagevorgang kommt uns sozusagen zum Vorschein als ein psychisches Fabrikat.

Wollen wir an die Erforschung einer Aussage näher herantreten, nach allen ihren Symptomen suchen, so können wir sie nicht als einen isolierten, völlig für sich abgeschlossenen Vorgang behandeln, der ganz seine eigenen Wege läuft. Vielmehr ist sie in den allgemeinen Entwicklungsgang des gesamten Innenlebens einzureihen, als ein Glied der unendlichen, in uns sich fortwährend erneuernden Vorstellungskette zu betrachten. Wie jede geistige Leistung, so schmiegt sich auch die Aussage der streng individualisierten psychischen Struktur an. Und deren eigenen Gesetzen unterliegt sie. Wir haben also bei der Untersuchung eines Aussagevorganges in erster Linie die Individualität der Aussageperson zu prüfen, die Aussageleistung aus der Fülle der psychischen Inhalte, die in einem Individuum zutage treten, aus dessen Gesamtstruktur heraus zu verstehen.

Wollen wir nun den Verlauf eines Aussagevorganges in allen seinen Stadien verfolgen, von seinem Einleitungsakte, — der Wahrnehmung, — bis zum letzten Augenblicke, — bis zu deren Mitteilung und während der Mitteilung selbst, so müssen wir vor allem zwei Hauptmomente in Betracht ziehen, nämlich einerseits den psychischen Gesamtzustand des Aussagesubjektes vor und während des Vor-

[1]) Vgl. *von Brockdorf*, Die philosophischen Anfangsgründe der Psychologie. S. 132. Hildesheim 1905.



ganges, über den ausgesagt werden soll, und andererseits das Verhältnis der Aussageobjekte zu diesem Gesamtzustande, die mannigfaltigsten psychischen Effekte, Wechselwirkungen und Veränderungen, die sie in ihm hervorrufen können.

* * *

Unter diesen Gesichtspunkten ist im folgenden der Versuch gemacht worden, die Aussage bei der Dementia praecox zu prüfen.

Dem Thema entsprechend, haben wir den Bericht dem Verhöre vorgezogen.

Um in die Psychologie jedes Einzelfalles tiefer eindringen zu können, ist nicht nur das wichtig, was erzählt wird, sondern auch, wie es erzählt wird; nicht nur der Inhalt des Erzählens ist hier von Bedeutung, sondern auch die Form, in welche das Erzählen hineingelegt wird, die Momente, welche von der Aussageperson besonders betont werden, auf welche Inhalte sie hauptsächlich das Gewicht legt usw. Gerade um derartige Feinheiten der psychischen Äußerungen unserer Beobachtung nicht entschlüpfen zu lassen, erscheint uns der Bericht viel vorteilhafter und zweckmäßiger denn das Verhör, da beim letzteren der Aussageperson die Möglichkeit genommen wird, das zu unterscheiden oder auf das näher einzugehen, was für sie momentan vielleicht von besonderem Werte ist. Dagegen bleibt der Bericht eine durchaus spontane Leistung, ihm ist völlig freie Bahn gewährt, so daß alle Nüancierungen der Psyche zum isoliert faßbaren Ausdrucke kommen können. Allerdings gibt es eine absolut unbeeinflußbare Aussage wohl kaum. Schon mit den an die Aussageperson gerichteten Worten: „Erzählen Sie!“, versetzen wir sie in eine ganz spezifische, etwas gebundene Situation. Aber nicht nur der Inhalt, die Form und die Betonung des Erzählens ist in unserem Falle von Bedeutung, sondern auch jede Veränderung des Gesichtsausdruckes, jede Verlegenheitsbewegung, jegliche Schwankung in der Stimme und ebenso die zahllosen sonstigen körperlichen Äußerungen der Psyche, für die wir leider keine Bezeichnungen haben, die aber nichtsdestoweniger unserem Auge nicht unwesentliche Anhaltpunkte und Winke für die Analyse des Aussagevorganges bieten können. Aus dem letztgenannten Grunde haben wir den mündlichen Bericht dem schriftlichen vorgezogen. Außerdem haben wir, da es sich um Dementia



praecox handelt, den schriftlichen Bericht noch aus rein technischen Gründen zu vermeiden gesucht. Unterbrechungen aus Negativismus z. B. sind beim Sprechen eher zu überwinden als beim Schreiben. Wenn ein Pat. die Fortsetzung der Aussage verweigerte, habe ich schon nach kurzem Zureden mit den Worten: „Also auf dem Bilde . . .“ (wenn es sich z. B. um das Bild handelte) ihn zu weiterem Erzählen bewegen können.

Als Aussageobjekte habe ich ausgewählt: zunächst Bilder, dann eine Pantomime.

Die Bilder waren: 1. Ein ganz einfaches, farbiges, darauf hauptsächlich Personen abgebildet waren, deren Beziehnungen zueinander teilweise nicht voll zum Ausdrucke kamen. (Im Weiteren als Bild A bezeichnet. Aus Meggendorfers „Nimm mich mit“.) 2. Ein Bild mit ziemlich kompliziertem Inhalt. (Als Bild B bezeichnet. Dieffenbacher, Folgenschwerer Entschluß. Schmugglerszene.)

Die Pantomime: Eine Episode aus dem Zigeunerleben, gelegentlich eines Festes den Kranken im Freien, in einem großen Garten vorgeführt [1]).

Meine Versuchspersonen sind Dementia-praecox-Fälle (hebephrene, paranoide und katatone Form), Männer und Frauen, verschiedenen Alters und in verschiedenen Stadien der Krankheit, meistens aus den ungebildeten Schichten der Bevölkerung.

Jede Versuchsperson wurde einzeln von mir geprüft und zwar im Untersuchungzimmer, in dem Zimmer also, in dem sie bereits mindestens einmal vorher schon gewesen waren, meistens mehrere Male. In demselben Zimmer wurden auch die Bilder gezeigt.

Die Aussagen schrieb ich so präzis als möglich auf. Diejenigen Worte, die mir unverständlich waren, und vor allem die vorgekommenen Wortneubildungen ließ ich die Versuchsperson selber aufschreiben.

Über das Bild A haben die Aussage geleistet: 14 Personen (9Männer, 5 Frauen). Über das Bild B: 28 Personen (14 M. und 14 Fr.). Über die Pantomime: 8 Personen (5 Fr. und 3 M.). Die Aussagen wurden aufgenommen: nach 48 Stunden die primäre, nach einem Monate die sekundäre.

[1]) Die Bilder und eine genaue Beschreibung der Pantomime siehe unten S. 797 u. 798.



II.

Das Eigentümliche an der Aussage, an der Reproduktion eines Erlebnisses besteht darin, daß sie fast durchwegs dürftig ausfällt, d. h. nur ein größerer oder kleinerer Teil des objektiven Sachverhaltes, dem die Aussage gilt, ist in ihr vertreten, und andererseits gewissermaßen fehlerhaft gestaltet: es werden ihr verschiedenartige fremde Elemente zugeführt.

Wir wollen gleich hinzufügen, daß wir hier von der üblichen Auffassung der „fremden Elemente", der sogenannten *Zusätze*, etwas abweichen. Wir verstehen darunter nicht nur Fehlerarten substanzieller und akzidenteller Natur, sondern auch die vielen Urteile und Schlüsse, Analogien, Interpretationen usw., überhaupt die mannigfaltigsten *Einfälle*, mit denen nicht allzuselten die Aussage ausgestattet ist.

Die bisherigen Untersuchungen haben gewöhnlich diesen Teil des Aussagestoffes fast gar nicht berücksichtigt. Man hat solche Zusätze überhaupt statistisch nicht mitgezählt, und man begnügte sich höchstens damit, daß man auf Grund solcher Aussagen gewisse allgemeine Typen konstruierte, wie z. B. Erzählungstypus, gefühlmäßiger Typus und dgl. [1]). Diese Verallgemeinerung, oder vielmehr diese Vernachlässigung der eben erwähnten Einfälle, — wir wollen sie abstrakte Zusätze nennen — erscheint uns durchaus ungerechtfertigt. Abgesehen davon, daß sie zu einer ganz falschen Deutung des Aussageobjektes verleiten können und damit schon an und für sich beachtenswert werden, sind sie es gerade, die es uns bis zu einem gewissen Grade ermöglichen, wie wir noch später sehen sollen, dank ihrer streng individualisierten Differenziertheit, Aufschluß über den psychologischen Ursprung der Aussagefälschungen zu bekommen.

Ohne auf den psychologischen Unterschied, der zwischen der Fehlerhaftigkeit und der Dürftigkeit besteht, einstweilen näher einzugehen, wollen wir zunächst die objektive, logische Beschaffenheit der Aussage bei der Dementia praecox feststellen, wie sie sich bei unseren Versuchspersonen einerseits hinsichtlich der *Auslassungen*, andrerseits der *Zusätze* gestaltet.

---

[1]) Siehe die *Stern*schen Beiträge zur Psychologie der Aussage.



Wir beginnen mit den Auslassungen und werden uns dabei an die Einteilung von *William Stern* halten, d. h. die Dürftigkeit nach zwei Gesichtspunkten betrachten: 1. vom Standpunkte des logischen Inhaltes und dann vor allem 2. nach dem allerwesentlichsten Hauptinhalte. Denn, wie *Stern* sich ausdrückt, „statt jener unendlichen Mannigfaltigkeit muß man dem Berichtinhalt eine objektive, endliche Mannigfaltigkeit gegenüberstellen, man muß zusammenstellen, was in der Gesamtheit des Bildes an einigermaßen Bemerkenswertem enthalten ist, so daß es für eine ideale Aussage gefordert werden könnte." Die Ausscheidung des allerwesentlichsten Hauptinhaltes ermöglicht uns erst ein Bild von der Qualität des Gedächtnisses unserer Aussagepersonen zu gewinnen [1]).

Wir haben zu diesem Zwecke das Bild A gewählt, da fast jede Partie desselben etwas für sich Abgeschlossenes, Einheitliches darstellt, jede sozusagen von selber sich aufdrängt und das „objektive Inventar" des Tatbestandes sich leichter feststellen läßt. Dabei ist es zweckdienlich, in dem allerwesentlichsten Teile zwei Kategorien zu unterscheiden: 1. Dasjenige, das den Hauptinhalt des Bildes ausmacht, das gleichsam dessen Vordergrund bildet: a) die barmherzige Schwester, b) ein Kranker, c) ein Mann, d) ein Koch, e) ein Kellner, f) eine Frau, und 2. dasjenige, das seinem Wesen nach zwar der Aufmerksamkeit sich eher aufdrängt, als der übrige Inhalt, aber bei der Aussage ausgelassen werden kann, da es doch nicht im Zentrum des Bildes steht. Dazu gehören: a) der Stuhl, b) das Bett, c) der Koch trägt (einen Teller), d) der Kellner trägt (eine Platte), e) die Frau trägt (Körbe).

Von den üblichen statistischen Zählungen ist in unseren Versuchen natürlich abzusehen, da wir hier mit Negativismus, Ideenflucht u. dgl. zu rechnen haben, folglich die Auslassungen noch keinen Maßstab für die Qualität des Gedächtnisses bilden, und daher ein

[1]) Beiträge zur Psychologie der Aussage, 190. *Stern*, Heft 3, S. 284. Unter dem allerwesentlichsten Hauptinhalte versteht *Stern* diejenigen Partien des objektiven Tatbestandes, die sich mit Notwendigkeit von selbst aufdrängen, und zählt dazu nur Personen und Gegenstände. Den logischen Inhalt teilt er in substanzielle und akzidentelle Hauptkategorien, die ihrerseits in weitere Kategorien geordnet werden: Personen, Gegenstände, Tätigkeiten, Raumangaben, Merkmale mit Ausnahme der Farben und Zahlenangaben.



vergleichendes Material seinen Zweck verfehlen würde. Wir begnügen uns infolgedessen damit, aus der Fülle des Materials einige Aussagen verschiedener Güte (im Sinne der Dürftigkeit), herauszugreifen, darunter auch eine der schlimmsten, und hoffen dadurch ein anschauliches Bild der Gedächtnistreue der Dementia praecox zu erlangen.

Fangen wir an mit der Aussage, die am allerdürftigsten ausgefallen ist und die in ihrer Dürftigkeit einzig dasteht.

Frau B..m (Paranoia). Pat. war beim Versuche gerade in etwas aufgeregtem Zustande (am nächsten Tage wurde sie in eine unruhigere Abteilung verbracht), wollte über das Bild überhaupt nicht sprechen, behauptete, daß sie nur von Denjenigen reden müsse, die sie stürzen wollen, daß in ihrer Heimat alles in Ordnung sei und „die Frommen" sie in den nächsten Tagen holen werden. Die Versuchsperson sprach ganz spontan, rasch nacheinander. Man hatte den Eindruck, als ob sie mein Drängen, den Inhalt des Bildes zu erzählen, loswerden wollte, um ungestört ihren eigenen Gedankengang weiter zu verfolgen. Die Aussage lautet: „Ein Bett und ein Kranker darin, eine Krankenwärterin mit einem Wasserkrug, und der Arzt, und eine Köchin, ein Koch, ein Kellner, eine ...." Hier unterbricht sie sich und berichtet, daß der Kranke der Direktor der Irrenanstalt ist, der Arzt: der russische Arzt (der zu dieser Zeit in der Anstalt Volontär war); überhaupt identifiziert sie jede Person auf dem Bilde mit ihrer nächsten Umgebung.

Schon aus diesem Aussageinhalte sehen wir, daß, obwohl zwischen dem Ansehen des Bildes und der Aussage 48 Stunden verflossen waren, und trotzdem die Versuchsperson im aufgeregten Zustande sich befand und über das Bild überhaupt nicht sprechen wollte, die Aussage doch dem allerwesentlichsten Hauptinhalte entsprach. Hat die Versuchsperson aus der zweiten Kategorie nicht alles genannt, so ist noch nicht daraus zu folgern, daß daran ihr Gedächtnis schuld hat. Es ist bereits erwähnt worden, daß die Pat. nur von Denjenigen sprechen wollte, die sie „umzustürzen" beabsichtigten. Wir haben also Grund, anzunehmen, daß sie in der Tat viel mehr wußte und den gesamten Gedächtnisinhalt einfach nicht wiedergeben *wollte*. Wir sehen auch, daß sie im Anfange sogar solche Teile des Bildes nennt, die eigentlich gar nicht zum allerwesentlichsten Inhalte gehören, wie z. B. den Krug der Krankenschwester. Ihre Aufmerksamkeit ist im Anfange



noch konzentriert, aber allmählich kehrt sie in ihre innere Welt zurück, identifiziert den Inhalt des Bildes mit ihren eigenen Interessen und Wünschen; in dem Kranken will sie den Direktor der Irrenanstalt sehen, der ihrer Ansicht nach der Hauptschuldige an ihrer Internierung ist, weswegen sie ihn in die ihr selbst so peinliche Lage eines Patienten versetzt. Die Aussage wird daher immer lockerer, sie nennt noch ohne Zusammenhang einzelne Personen aus dem Bilde, um schließlich den übrigen Inhalt vollständig zu ignorieren.

Der so geschrumpfte Aussagestoff ist also nur ein Erzeugnis des augenblicklichen Seelenzustandes der Versuchsperson. Und nur so ist in diesem Falle die Dürftigkeit der Aussage zu verstehen. Daß hier von einer Störung des Gedächtnisses durchaus nicht die Rede sein kann, beweisen die weiteren Aussageleistungen der Patientin, zufolge derer sie sich über ein tadelloses Gedächtnis ausweist. Wir wollen zur Bestätigung eine dieser Aussagen (über die Pantomime, s. S. 797) hier anführen:

Primäre Aussage.

Es kam ein Zigeunerwagen, der machte Halt im Hofe. Unter den Bäumen hielten sie ihren Aufenthalt mit Musik, Zither und mit Gesangunterhaltung. Auch ein Feuer war da, wie zum Kochen und es war das ähnlichste Zigeunerleben. Sie kochten auf dem Feuer. Ein Mannsbild kochte; mit dem Kochlöffel rührte er den Brei in der Pfanne herum. Es hätte keine Köchin das besser machen können. Auch waren kleine Kinder in der Zigeunerfamilie vorhanden (was bei den Zigeunern die Hauptsache ist). Sie lagerten sich im Kreise, — sie aßen und tranken nach väterlicher Weise. Dann war auch eine dicke Mutter vorhanden, die das Brot verteilte. Sie lachten, scherzten, und dann kam es auch zum Kartenschlagen. Als sie an der Arbeit waren, kam der Gendarm mit noch anderen Genossen. Die Polizisten

Sekundäre Aussage.

Da kam ein Ziguenerwagen und hielt an in dem Park oder in einer Gartenanlage. Sie kamen daher in einem Wagen; die Gattung war wie ein Boten- oder Geschirrwagen. Im Horgen ist auch ein solcher, die Leute geben ihm Aufträge mit und Kommissionen zu besorgen in der Stadt. Sie stiegen aus, eins nach dem andern und lagerten sich im Kreise unter einem Kastanienbaum (ich glaube, es war ein Kastanienbaum). Sie legten Säcke auf den Boden, auch stellten sie einen Herd auf, wo gekocht wurde. Das Feuer wurde angezündet; ein Mann rührte den Brei um in der Pfanne mit einem großen hölzernen Kochlöffel. In einer andern Ecke war ein Musikant, der spielte Zither. Die anderen lagerten sich im Kreise. Sie aßen und tranken zu ihrem Vergnügen. Es waren auch Kinder darunter (ich glaube, es waren



spürten, daß da etwas Unrichtiges war. Er nahm der Mutter den Sack weg. Die Mutter wehrte sich auch. Sie wurde nicht Meister. Nachher bekam sie den Sack wieder zurück. Die Mutter lachte herzlich auf den Stockzähnen. Es war auch ein Stück Schinken darin. Die Karten hat sie in die Tasche gesteckt und alles, was sie konnte. Dann setzte sich der Gendarm zu den Zigeunern hin. Er aß und hat getrunken und unterdessen hat eine Zigeunerin bei ihm einen Säbel gestohlen. Da stand er auf und ging zu den anderen hin, und als er mit den Kameraden gesprochen hatte, merkte er auf einmal, daß er den Säbel nicht mehr hatte. Und dann hat er gemerkt, daß eine von den Zigeunerinnen das gemacht hat. Als sie sich satt gegessen hatten, legten sie sich nieder und fingen an zu schlafen. Eine blieb wach, die Königin; sie hat gesungen, gerade so, wie wenn sie im Walde wäre. Daneben flocht sie einen Kranz; es waren auch Rosen darin. Als sie mit ihrem Zaubergesange fertig war, tönte ein Echo aus einer Ecke. Sie erschrak ein wenig darüber. Aber nicht gerade aus Furcht, sondern es war ihr mehr, daß jemand aus dem Schlaf erwachen könnte, um sie zu belauschen. Der Liebste kam dann hervor; der Schreck war ja bald vorüber. Sie fielen einander in die Arme und küßten sich. Und wie sie sich am glücklichsten fühlten, stand einer auf. Da gab es Lärm. Sie fielen über ihn her. Es ging nicht lange, und sie hatten Freundschaft geschlossen. Sie nahmen ihn in die zwei). Die Mutter, die Zigeunerinmutter war eine dicke, robuste, und verteilte das Brot unter alle. Den Rest hatten sie in einem Sacke drinnen. Dann fing die Mutter an Karten zu schlagen mit einer andern und zur Abwechslung sangen sie schöne Lieder. Was geschah! Auf einmal kam ein Gendarm nebst einem andern in das Lager. Die Zigeunermutter konnte das Kartenspiel noch in die Tasche stecken. Da nahm er ihnen den Sack weg. Er untersuchte ihn. Er brachte den Sack wieder zurück. Die Zigeunermutter mußte lachen, als beim Nachsehen noch ein Stück Schinken zum Vorschein kam. Und dann gaben sie ihm noch ein Glas zu trinken. Unterdessen nahm ihm eine den Säbel weg, ohne daß er es merkte. Sie haben gegessen und getrunken und es wurde musiziert. Auf einmal war er erschrocken, als er keinen Säbel mehr hatte. Er war aber bald zufrieden gestellt. Sie fingen alle zu schlafen an bis an die Zigeunerkönigin, die wachte. Die hatte gesungen und einen Kranz geflochten. Im Nebengebüsche tönte auf einmal ein Echo. Sie erkannte aber die Stimme sofort. Die Stimme kam immer näher und näher, bis das Echo vor ihr stand. Sie war erschrocken, — nicht um ihretwillen, sondern hatte Angst, überrascht zu werden von den Schlafenden. Er schlang den Arm um ihren Hals, spielte ein bißchen Pantomime. Es ist wahr? Als es am schönsten war, wurden sie von einem wachenden Zigeuner überrascht. Es gab Lärm; sie standen alle auf. Es war ein Durch-



Familie auf, hatten alle große Freude, daß sie wieder um ein Mitglied reicher geworden. Man kann sich denken, daß die, welche er geküßt hat, sich auch am meisten gefreut hat. Nachher ging es zum Tanz. Die Königin stand in der Mitte von dem Kreise. Sie tanzten nach ihrem Kommando rechts und links. Die Trommeln anstatt der Musik. Die Königin tanzte auch mit. Sie knieten auch während dem Tanzen. Schauten zum Himmel empor, wie einer, der um Vergebung der Sünden fleht. Es kam mir vor, als ob etwas Heiliges mit dem Tanze verbunden war. In den Zwischenpausen spielte eine Zigeunerin Zither. Es harmonierte und klappte alles so gut zusammen, daß man wirklich das reinste Zigeunerleben vor den Augen sah. Die Kleider von beiden Geschlechtern, die Perücken und die Schnurrbärte, alles war flott und im Stil vorhanden. Alles lief sehr gut ab zu der größten und besten Zufriedenheit der Zuschauer.

einander, welches aber nur kurze Zeit dauerte. Sie zogen den Liebsten aus, legten ihm andere Kleider an, und so wurde er in dem Zigeunerkreise aufgenommen, wie es bei ihnen Sitte ist. Sie waren wieder fröhlich. Die Zigeunermutter rauchte auch die Pfeife mit Tabak (das letzte Mal habe ich es vergessen). Auch Zigaretten wurden geraucht. Jetzt ging der Zigeunertanz los von den Zigeunermädchen. Die Zigeunerkönigin war in der Mitte des Kreises, der Tanz ging nachher im Kommando. Es wurde alles exakt ausgeführt nebst Trommeln, welche sie zu schlagen verstanden. Die Zigeuner hatten Freude daran; auch die Zuschauer waren vergnügt bei dem Spiel. Nachher hatten sie noch schöne Lieder gesungen; auf den Knien schauten sie zum Himmel empor. Es war wie ein Gebet und ein Flehen vor dem Vater im Himmel droben. Es verlief alles schön und ruhig zu der besten Zufriedenheit der Anwesenden. Nachher gingen sie per Musik in den Park.

Jedenfalls steht die Aussage B...m über das Bild A (s. S. 769) ganz vereinzelt da, wie bereits hervorgehoben, und ist gar nicht typisch für die von mir gewonnenen Resultate. Schon die folgende Aussage, die noch lange nicht zu den besten gehört und die wir etwa an die zweite Stelle setzen würden, zeigt uns ein ziemlich gutes Gedächtnisbild. Sie lautet folgendermaßen:

Frau K....z-W...r: Ablang ist die Form des Bildes. Es hat zwei Frauenbilder, Frauenzimmer, drei Männer, ein Patient im Bette. Die drei Männer waren beschäftigt mit Essenbringen, einer davon war ein Herr Doktor mit einer Medizin; eine Frau davon war wie eine Diakonissenschwester. Der Patient lag schlafend im Bette in einer Erinnerung, es könnte doch bald besser kommen. Auf dem Tisch war eine Medizin mit einer langen Etikette. Das ganze Bild war eine Erinnerung an meine



Lebensweise, wie es auch bei uns vorkommen könnte, oder schon öfters vorgekommen war, was könnte besser passen.

In dieser Aussage sehen wir, wie das Allerwesentlichste schon bedeutend besser vertreten ist. Während im Versuche B..m die zweite Kategorie fast völlig ausgelassen ist, findet hier ein wesentlicher Teil derselben Erwähnung. Zwar kommt auch diese Versuchsperson noch nicht auf einzelne Details zu sprechen, aber sie bezeichnet doch im allgemeinen, daß „der Koch und der Kellner mit Essenbringen" beschäftigt waren.

Aber nicht nur das Allerwesentlichste behielt die Versuchsperson im Gedächtnisse, sondern auch vieles von dem Gesamtinhalte des Bildes. So spricht sie von einer Medizin mit einer langen Etikette, schildert die Form des Bildes usf. Die Auslese des Aussagestoffes reicht also ziemlich weit. Allerdings leidet sie sehr unter der Form ihrer Reproduktion. Hier wirken eben die psychologischen Grundstörungen der Dementia praecox (s. S. 777) und drücken ihr den charakteristischen Stempel auf. Die Versuchsperson gerät auf Nebenwege, kommt auf verschiedene Einfälle, wie z. B. „der Patient lag schlafend in einem Bett in einer Erinnerung, es könnte doch bald besser kommen". Das Nebensächliche, die Einfälle, erscheinen ihr so wichtig, wie der ganze Inhalt, oder vielleicht noch wichtiger, da sie doch eine Beziehung zu ihrer Persönlichkeit haben. Kurz, die spezifischen Einflüsse der Dementia praecox treten deutlich hervor und zerrütten gewissermaßen den ganzen Aufbau der Aussage. Durch die Einfälle unterbrochen, zerstreut sich der Aussagestoff über die gesamte Erzählung, und da die Patientin den Faden nicht immer wiederfinden kann, gestaltet sich die Aussage viel dürftiger, als sie vielleicht ohne dies ausfallen würde. Auch Normalen begegnet es, wenn sie in einer Erzählung unterbrochen werden, daß sie nicht mehr wissen, wo sie stehen geblieben sind. Nur unterscheidet sich die Dementia praecox dadurch, daß sie sich häufiger selber unterbricht. Wir wissen übrigens auch, daß ein normaler Mensch, wenn er in einem starken Affekte sich befindet, immer wieder auf die affektbetonte Vorstellungsreihe zu sprechen kommt, ohne es zu merken, wie er von seinem zuerst eingeschlagenen Gedankengange abweicht.

Die Dürftigkeit der Aussage steht also in keinem Verhältnisse zum Gedächtnisinhalte, sondern hängt vielmehr zusammen mit der ganzen

Art der Gestaltung der Aussage bei der Dementia praecox überhaupt.

Die weiteren Versuche zeigen uns auch, man könnte sagen, in steigender Progression, wie weit die Merkfähigkeit bei unseren Aussagesubjekten reicht. Ein charakteristisches Beispiel bietet die folgende Aussage:

R..z (Paranoid): Das sind ja Karrikaturen. Die erste Person ist eine schwarz gekleidete Krankenschwester, in der rechten Hand ist der gelbe Wasserkrug, dann an der linken Ecke der schneeweißen Schürze sind zwei schwarze Striche, Falten, am linken Arm ist ein rotfarbiges Kreuz. Die Sanitätschwester hat eine schneeweiße, schmetterlingflügelartige Kopfbedeckung. Neben der Krankenschwester ist ein weißangezogenes Bett mit roter Decke, in welchem ein Patient mit weißer Zipfelmütze liegt. Das Gesicht ist nicht zu sehen. Neben dem Bette steht ein Arzt im schwarzen Frack, welcher dem Patienten den Puls untersucht mit wissenschaftlicher Miene. Der Arzt hat eine Regierungsrat-Bleuler- und Doktor-Brill- (war früher hier in der Anstalt) Gesichtsphysiognomie =[1]) oder Gesichtsausdruckkombination, scharf dreinschauend, mit hohem Stehkragen, in der linken Hand mit gelben Handschuhen hat er einen Spazierstock. Da keine Frau des Pat. anwesend ist, scheint er ledig zu sein. Gestützt auf den Spazierstock des Arztes, ist der Arzt in keiner Anstalt oder Spital. Neben dem Bette ist ein vierbeiniger, gelber Stuhl ohne Lehne, auf welchem eine fürs Ende hinreichende, große, wasserflaschenähnliche Arzneiflasche steht, um deren Hals eine trauerschleifenartige, weiße Etikette befestigt ist. Daneben ist ein Löffel zum Eingeben. Das dritte Bild ist ein Koch mit einer Platte, auf welcher ein gebratener Hahn mitsamt Kopf und bemerkenswert rotem Kamm ist. Man könnte meinen, der Kopf mit dem Kamm wäre da, um „hoch" auszurufen, ob dem Feinschmecker sein eigener Braten gut gemundet hat. Die nachfolgende Figur ist ein Kellner mit einem Servierbrett, auf welchem Champagnergläser sind. Der Kellner, der sonst einen außerordentlich großen Bildungsgrad hat, macht hier mit seiner aufgestülpten Nase ein blödes, stumpfsinniges, dummes Gesicht. Die letzte Bildkarrikatur ist eine Köchin, im linken Arm einen Korb mit roter, blätterartiger Zeichnung. Dann in der rechten Hand hält sie an den Hinterbeinen ein totes, gestrecktes Schweinchen. Alle Bilder haben eine etwas gelblich-grünliche Überfärbung.

Eine so verblüffende Übereinstimmung der Aussage mit dem objektiven Tatbestande ist auch bei Gesunden gar nicht die Regel. Die substantiellen und akzidentellen Kategorien, wie Personen, Gegenstände, Tätigkeiten, Raumangaben, Merkmale sind in ihrer Gesamtheit

[1]) Das = Zeichen mußte ich auf ausdrückliches Verlangen der Versuchsperson aufschreiben.



wiedergegeben; wir finden in der Aussage nicht nur, was *Stern* den logischen Inhalt nennt, sondern auch vieles, was zu ihm eigentlich gar nicht gehört, wis z. B. Farbenangaben. Die Versuchsperson kommt überhaupt auf Details zu sprechen, die vielleicht selten ein Gesunder vorbringen würde. Solche positive Ergebnisse hinsichtlich des logischen Inhaltes der Aussage konnten wir fast durchwegs in unseren Versuchen konstatieren. Wir können also mit Recht behaupten, daß in bezug auf Reichhaltigkeit des erinnerten Materials die Aussagen der Dementia praecox von der Norm so zu sagen nicht abweichen. Die Spärlichkeit der Aussage ist nur eine Form der Ausdruckweise der Dementia praecox, die ihrerseits ganz andern Ursachen entspringt, die aber keineswegs in irgendwelchem Zusammenhange mit dem Gedächtnisse steht.

Charakteristisch in dieser Hinsicht sind die Erklärungen, welche die Versuchspersonen selbst über den Aussagevorgang abgegeben haben, ihre Selbstanalyse gewissermaßen, welche diese Tatsachen bestätigt und ergänzt. So betonte eine Versuchsperson, die im Durchschnitte gute Aussagen leistete: „Ich weiß noch viel mehr, aber jetzt kommen mir ganz andere Gedanken in den Sinn, nachher kommt es.“ Die Versuchsperson konstatiert also selbst, daß, wenn sie nicht alles wiedergibt, dies nur geschieht aus dem momentanen Überfluten der Gedanken gegenüber ihrer Zielrichtung, daß sie in der Tat aber viel mehr in der Erinnerung behalten hat, was sie auch nachher beweisen konnte. Daß die Zielrichtung nicht fehlt und nur wechselt, das beweist die Tatsache, daß der Aussagestoff vorhanden ist und über die ganze Aussage verteilt wird.

Als einen schlagenden Beweis für die Gedächtnistreue der Versuchspersonen wollen wir noch ein Beispiel aus den sekundären Aussagen anführen. Es ist um so bemerkenswerter, als es sich dem Inhalte wie der Form nach um ein viel komplizierteres Aussageobjekt handelt. Es ist die Pantomime (s. S. 797), die also nicht mehr ein Bild, sondern eine Reihe von Bildern und dazu eine bewegte Handlung darstellt. Trotzdem zwischen der sekundären und der primären Aussage ein Monat verflossen war, gestaltete sich bisweilen die Auslese des Aussagestoffes bei der sekundären Aussage viel inhaltreicher als bei der primären. Wir wählen die Versuchsperson K....z-W....r, deren Aussagen über das Bild A wir bereits S. 772 zitiert haben.



Primäre Aussage.

Eine Farbe wie Neger; wie Schauspieler Kleider, Trikot. Wie Bekannte von unseren Patienten gewesen. Das haben die Patienten gemacht. Sie haben aufgeführt eine wie Lagerung, und eine wie Traueransicht, und eine wie Anbetung, Musik und Tanz, auch ein Zitherspiel. Sie haben noch gesungen und getrunken, und gegessen und auf dem Feuer gekocht. Sie haben uns noch begrüßt. Kleine Kinder waren auch dabei. Sie haben die Spielsachen mitgemacht. Dann haben sie auch ihre Spielsachen wiedermals eingepackt.

Sekundäre Aussage.

Wegen regenbogenfarbigen Kleidern, wegen Hausplatz, wo ich gestanden bin, und das Himmelreich über die Anlagen. Noch Liedersingen. Das ist eine Vagabundenkomposition. Eine Anbetung wie Familiensache. Ein Wärter für die Familie. Ich könnte noch eine Erinnerung haben an eine biblische Kapitalsache. Eine Erinnerung an Konzertsachen. Wie ein Waldbruderfest. Im Anfange habe ich gesehen, kommt eine Negerfamilie und macht ein Zigeunerspiel. Nach der Anbetung ist gekommen eine Lagerung und nachher ein Abendessen, das sie selbst weggemacht haben, und dann einige Lieder gesungen. Und noch ein kleines Kind dabei. Das Abendessen war Trank, Speck und Brot. Noch ein freudiges Ende mit allen Leuten. Wir Patienten sind fortgegangen und nicht gesehen das Ende, wie sie sich eingepackt haben. Das ist geschehen unter einem schattigen Baum und einem buschigen Haag.

Wir stoßen also hier auf die auffallende Erscheinung, daß die Aussageperson nach einem Monate nicht nur alles in ihrem Gedächtnisse wiederherstellen konnte, sondern wir sehen sogar, daß die Güte der sekundären Aussage die der primären weit übertrifft. Während bei der ersten Wiedergabe die Versuchsperson mit knappen, allgemeinen Schilderungen sich begnügte und den ganzen Inhalt in einem verschwommenen Durcheinander wiedergab, kommt sie bei der zweiten Aussage auf viele Einzelheiten zu sprechen und reproduziert die Handlung in einer viel richtigeren Reihenfolge, als sie es vor einem Monat getan hat.

Allerdings muß festgestellt werden, daß die sekundären Aussagen sich nicht immer in dieser Weise auszeichneten. Im Durchschnitte sind sie jedoch kaum dürftiger als die primären ausgefallen.



III.

Im vorhergehenden Abschnitte haben wir bereits flüchtig gestreift, wie die Eigenheiten der Dementia praecox auf die „Auslese“ des Aussagestoffes einwirken und sich somit als ein neuer Faktor in die Aussage einschieben. Sie wirken in dem Maße ein, daß sie nicht selten, wie wir gesehen haben, sogar eine völlig falsche Vorstellung von der Gedächtnistreue der Versuchsperson erwecken.

Die Aussage ist die Fassung unserer Vorstellungen und Eindrücke in sprachlicher Form, und es ist klar, daß sich die psychologischen Grundstörungen der Dementia praecox, die sich auf sprachlichem Gebiete äußern, auch in der Aussage widerspiegeln müssen. Die Sprache ist das empfindlichste System unserer Ausdruckbewegungen, ganz unabhängig von den intellektuellen Vorgängen kann sie von den mannigfaltigsten seelischen Regungen beeinflußt werden und dementsprechend die verschiedenartigsten Formen annehmen. „In der Sprache verdichten sich alle Irrtümer“, mit *Nietzsche* zu reden, und diese „Verdichtungen“ bilden dasjenige Material, aus dem sich der Aufbau der Aussage zusammensetzt. Der eigentümliche Inhalt der Wahnideen und Halluzinationen, die Launenhaftigkeit, das Bizarre, Karrikierte, der Zug ins Unnatürliche, die Geziertheit, kurz alle jene „Irrtümer“ der Dementia praecox, die so scharf in der Sprache zum Ausdruck gelangen, prägen sich auch in der Aussage besonders aus und schaffen eine eigenartige Architektonik der Aussage, eine bunte Ausstattung des Aussagestoffes.

Nicht nur die äußere Gestaltung der Aussage erhält sozusagen eine spezielle Marke. Die Störung des Affektlebens, der Zwiespalt der Persönlichkeit, die eigene innere Welt, welche die Kranken sich schaffen, die Gleichgültigkeit zur äußeren Umgebung — das alles führt zu einer ganz spezifischen Verarbeitung der Aussageobjekte, zu einer eigentümlichen Konzeption der Aussage.

Die herabgesetzte Aufmerksamkeit entwickelt einen ideenfluchtähnlichen Gedankengang; im engsten Zusammenhange damit treten oberflächliche Bindungselemente auf, Verdichtungen von verschiedenen Vorstellungsreihen, Symbole und dergleichen, und so wird in den Aussageinhalt eine Menge von fremdem Material hineingebracht. Der Aussagestoff gelangt zu uns nicht im reinen Zustande, sondern ver-



mengt mit barocken Einfällen, bizarren Schlüssen, eingehüllt in hochtrabende, affektierte Sprachformen, nicht selten mit ganz auffallenden Wortgebilden geschmückt.

Somit kommen wir nun zum zweiten Momente in der Beschaffenheit der Aussagefälschung, zu der Fehlerhaftigkeit, zu den Zusätzen, die in unseren Aussagen einen so weiten Umfang erreichen.

Es muß natürlich betont werden, daß die Spuren der Dementia praecox nicht immer in den Aussagen gleichmäßig zum Vorschein kommen. Zeichnen sich die einen nur durch kaum bemerkbare Entgleisungen aus, so tragen die andern den Stempel völliger Verwüstung und Zerrüttung, die nur diese Krankheit hervorrufen kann. Wie oben bei der Gedächtnistreue, können wir auch hier eine ganze Reihe von Abstufungen und Schattierungen konstatieren.

Wir wollen hier einige Beispiele anführen und der Anschaulichkeit halber an dieser Stelle nur beschreibend vorgehen.

Betrachten wir zunächst die bereits oben angegebene Aussage von R...z (s. S. 774). Der syntaktische und grammatikalische Bau ist fast durchwegs gewahrt. Nur ist der Aussageinhalt durch barocke Einfälle durchkreuzt. So spricht die Versuchsperson vom Arzte, der „eine Regierungsrat Bleuler- und Doktor Brill- (war früher hier in der Anstalt) Gesichtsphysiognomie oder -Gesichtsausdruckkombination hat", „man könnte meinen, der Kopf mit dem Kamm wäre da, um „hoch" auszurufen, ob dem Feinschmecker sein eigener Braten gut gemundet hat". Dann durchziehen bizarre Schlüsse, wie „da keine Frau des Patienten anwesend ist, scheint er ledig zu sein", oder „gestützt auf den Spazierstock des Arztes, ist der Patient in keiner Anstalt oder Spital". Auffallend in dieser Aussage ist die Überfüllung mit langen, bald richtig, bald unrichtig zusammengestellten Worten: „schmetterlingflügelartige Kopfbedeckung", „wasserflaschenähnliche Arzneiflasche", „trauerschleifenartige, weiße Etikette", dann die besonders typische Wortneubildung „Gesichtsphysiognomie, Gesichtsausdruckkombination" usw. Man bekommt den Eindruck, als ob der Versuchsperon die üblichen Bezeichnungen für derartige Begriffe nicht ausreichen. Sie wird nicht befriedigt durch die Bezeichnung „Gesicht", „Gesichtsausdruck" und sieht sich genötigt, weitere Worte hinzuzufügen, wie „Physiognomie", „Kombination" — ein Ausdruck, den ein Maler ganz gut gebrauchen könnte.



Ähnlich gebaut ist die Aussage von E...r.

„Es ist ein Patient, hat einen Besuch vom Pfarrer. Der Pfarrer trägt schwarze Kleider, wenn er Besuch macht, der Doktor trägt heitere. Ich weiß nicht, ob der Pat. Mann oder Frau sei, er trägt so eine Zipfelkappe. Der Pat. ist nicht daheim; er ist in einer Wirtschaft. Deswegen gibt es auch Kellner, Köchin. Der Pat. hat Medizin. Die Köchin trägt etwas Gutes zum Essen, sowas wie Fisch, Obst. Der Pat. trinkt keinen Wein und da muß der Kellner ausgehen. Es ist nicht gut für den Geist, zu trinken. Der Pat., weil er alt ist, muß sterben. Das Gesicht mit der Kappe zugedeckt. Kein Licht war. Es war noch eine Wärterin."

Diese beiden Aussagen unterscheiden sich vielleicht nur dadurch, daß, während in der ersteren die Einfälle von untergeordneter Bedeutung sind und so zu sagen eine Dekoration bilden, während das Aussagegebiet dennoch im Zentrum der Zielrichtung bleibt, in der letzteren sich der Aussagestoff völlig in den Einfällen verliert; er wird zur Nebensache herabgesetzt, als ob er nur dazu da wäre, die Einfälle der Versuchsperson weiterzuspinnen.

Besonders grell zum Vorschein kommen die Zerstörungen der Dementia praecox in der Aussage von K...z-W...r über die Pantomime (s. S. 776). Hier waltet die Krankheit in ihrer vollen Macht und verwandelt die Aussage in ein Gemisch von Entgleisungen, Haftenbleiben, Bizarrerien, lockeren Zusammensetzungen von alt abgebröckelten Erinnerungen und neu empfangenen Vorstellungen. Die Sprache ist so bizarr, daß es auf den ersten Blick scheint, die Versuchsperson spreche in den Tag hinein. Hochtrabende, affektierte Ausdrücke, fremde, hohle Phrasen, karrikierte Wortneubildungen. Die Versuchsperson behilft sich öfters mit dem „wie". Eine „wie Lagerung", eine „wie Traueransicht" usw.

Die Kinder in der Schule und auch Erwachsene, wenn ihnen eine Vorstellung undeutlich ist, greifen immer zum „wie", um sich dadurch die Erlaubnis zu verschaffen, etwas Verschwommenes aus ihrem Vorstellungsleben auf die Welt zu bringen. Und was besonders auffallend ist, dem „wie" folgt immer ein speziell gebildetes Wort, wodurch die Undeutlichkeit der Vorstellungen noch besonders hervortritt. Charakteristisch in dieser Aussage sind die Verdichtungen ganzer Gedanken in Satzbruchstücke, z. B. „wegen regenbogenfarbigen Kleidern", „wegen Hausplatz". Die Versuchsperson greift aus ihrem Gedächtnisse eine große Vorstellungsreihe heraus, verschmilzt sie beim Umsetzen in Worte in einen verstümmelten Satz, den sie nicht richtig

konstruiert, und gibt nur gleichsam einen Hinweis auf den Gedanken. So sollte es wohl heißen: „von den Schauspielern, die in hellen, farbigen Kleidern angezogen waren, von dem Hausplatze vor der Irrenanstalt, auf welchem die Pantomime aufgeführt wurde." Man kann diese Verdichtungen vergleichen mit der Sprache des Traumes.

Einen analogen Aufbau zeigt auch die folgende Aussage über die Pantomime:

M.....r. Hell geschmückt, farbenreich herrlicher Anblick, ein heller Wagen. Wo sie gekocht haben, das weiß ich nicht einmal. Frau Keller war die Zigeunermutter und zwei Knaben waren neben ihr. Ich weiß nicht, wer die anderen sind. Sie haben wenigstens gesungen. Sie haben zwei Lieder gesungen, die Zigeunerbande. Ich weiß nicht, wie ich mit der Polizei erzählen soll. Die Polizei war fürchterlich schrecklich und die Weibspersonen sind zuerst erschrocken und dann später nicht mehr. Bei den anderen Leuten geht es auch so, zuerst fürchtet man. Zum Schluß wurden sie, die Polizisten, der ganzen Bande vorgestellt. Die Zigeunerbande, ich weiß nicht, ob es Fräulein oder ob es Wärterinnen waren. Sie haben sich gestärkt oder wie man sagt gegessen Brot und Limonade. Als die Polizei kam, ging sie auf Fräulein Schwarz und diese hat zuerst ein Sololied gesungen. Ich weiß nicht, was sie vorgestellt hat. Es war nicht so viel gesprochen, daß man noch darüber spricht.

Von den sonstigen Eigentümlichkeiten, die den Inhalt unserer Versuchspersonen auszeichneten, sind fast in jeder Aussage noch der Phantasie entnommene Beimischungen zu vermerken. So erzählt eine Versuchsperson von dem Bilde A folgendermaßen:

Die Köchin hatte einen Korb .... und dann ist sie nach Hause gegangen, oder sie hat noch eine Freundin auf der Straße getroffen, und sie sind beide noch lange stehen geblieben und haben geschwatzt, und ist das Mittagessen halbroh zu Tisch gekommen. Ich habe es auch schon im Burghölzli gehabt.

Nehmen wir diesen Fall der Aussage an sich, so erscheint er uns nicht anders als ein gewöhnlicher Klatsch einer Hausfrau. Jm Zusammenhange aber mit dem gesamten Aussageinhalte und unter den Verhältnissen, in welchen er stattfand, fällt uns sofort die Verkennung der Situation auf. Es muß betont werden, daß in der Tat die Versuchsperson genau orientiert war, um was es sich handelte, nämlich, daß ihr Gedächtnis geprüft werden sollte[1]) und sie daher nur zu erzählen

[1]) Dies mußte ich fast immer den Versuchspersonen angeben, weil sie nach dem Zweck meiner Versuche fragten. Manche richteten sogar an mich die Frage, ob sie nicht freigelassen würden, wenn sie die Aussage richtig leisteten.



habe, was sie gesehen. Die Versuchsperson ist aber nicht imstande, die notwendige Kritik zu üben. Die Frau mit den Körben wird in ihrer Phantasie zu einer lebendigen Person, die ihr vielleicht einmal schon manche Sorgen verursacht hat. („Ich habe es auch im Burghölzli gehabt.") Sie läßt ihrer Phantasie völlig freien Lauf, kombiniert das „Jetzt" mit dem „Früher", gerade wie es der Traum tun würde[1]).

Das Betrachten der Abbildungen als lebendige Wesen, überhaupt diese Verwechslung der Aussageobjekte mit der lebendigen Wirklichkeit könnten wir noch in einer ganzen Reihe von weiteren Aussagen konstatieren. Das Phantasieren der Versuchspersonen in dieser Richtung ging sogar so weit, daß sie die Wirklichkeit nicht nur in der Gegenwart sich vorstellten, sondern vor ihren Augen schwebten auch die Wandlungen der Zukunft. So finden wir in der Aussage (K..z-W...r) über das Bild B folgenden Passus: „Man könnte das Bild mit der Zeit vergrößern. Ich meine damit, daß das Kind während der Zeit wachsen wird, und dann kann das Bild mit der Zeit vergrößert werden." Wir sehen, wie die Abbildungen im Vorstellungsleben der Versuchsperson sogar als lebendige Wesen auch eine Entwicklung durchmachen. Eine andere wieder erzählt aus der Pantomime (M...r): „Die Kinder sind schon verheiratet, die ich gesehen habe." Hier also haben die Personen nicht nur die Entwicklung (klein — groß) durchgemacht, sondern handeln schon als Erwachsene.

Es wäre vielleicht ein interessantes Problem, die Aussagen nach dem Charakter ihres Aufbaus und ihrer Ausstattung zu klassifizieren und eine gewisse Gesetzmäßigkeit im Aufbau festzustellen, etwa im Zusammenhange mit den verschiedenen Stadien der Krankheit und dergleichen. Leider aber ist unser Material für diese Zwecke ganz unzureichend. Es ist auch fraglich, ob diese Aufgabe so leicht lösbar ist, da in den meisten Aussagen mehrere Tonarten zum Ausdruck kommen und streng differenzierte Typen der Bauart sich kaum konstruieren lassen. Um so mehr, da das Kolorit der Aussage bei einer und derselben Person wechselt, und zwar, wie wir feststellen konnten, nicht nur bei der Wiedergabe verschiedener Aussageobjekte, sondern sogar von der primären zur sekundären Aussage über das eine und nämliche Objekt. Nicht selten kam es vor, daß die sekundäre Aussage viel weniger „dementia-praecox-artig" ausgestattet war als die primäre.

[1]) Vgl. *Freud*, Traumdeutung, VI. Aufl. Wien-Leipzig 1909.



IV.

Die genaue Betrachtung des Aufbaues der Aussage hat allmählich gezeigt, wie sich bei unseren Versuchspersonen der Aussagestoff gestaltet hinsichtlich der Fehlerhaftigkeit. Es sind vor allem Zusätze abstrakter Natur (laut obiger Terminologie), die wir hier zu verzeichnen haben, dann akzidentelle Fehler — hauptsächlich aus der Kategorie der Tätigkeiten — und endlich Fehler substanzieller Natur, die am schwächsten vertreten sind.

In diesem Teile des Aussagestoffes stoßen wir auf eine viel kompliziertere, ich möchte sagen, intimere psychologische Erscheinung als die Dürftigkeit. Wenn man etwas nicht erzählt, ist es natürlich nicht so auffallend, als wenn man etwas anderes oder anders erzählt. Und läßt sich die Dürftigkeit noch auf solche Ursachen zurückführen wie Gedächtnisschwäche, sogenannten Spontaneitätswert, Beobachtungsgabe usf., so sind für die Erklärung der Zusätze derartige allgemeingültige psychologische Gesetze noch lange nicht hinreichend. Allerdings wirken auch hier solche Faktoren mit, wie Gewohnheitseindrücke, Schablone und dergleichen, oder auch so zu sagen rein objektive Gründe, wie z. B., wenn die Konturen eines Aussageobjektes verschwommen sind und der Sinneseindruck selbst undeutlich wird. Allein damit ist nur ein Teil der Zusätze verständlich und dazu ein ganz unbeträchtlicher — die unzähligen feindifferenzierten, von Fall zu Fall wechselnden Schattierungen und Nüancen einer Aussagefälschung, wie wir sie hier beobachtet haben, sind dadurch noch lange nicht klargelegt. Aus dem vorigen Kapitel wissen wir z. B., daß die Eigenheiten der Dementia praecox in den Aussagen verschiedene Zusätze zutage fördern. Aber da taucht eine neue Frage auf. Wenn auch die Ursache gegeben ist, warum und wieso die Aussage fehlerhaft ausgefallen ist, so ist damit noch lange nicht erklärt, warum sich gerade diese und nicht andere Zusätze in die Aussage eingeschlichen haben — wir besitzen die Grundlage, das Fundament, auf dem die Aussagefälschung sich aufgebaut hat, ihr Bau selbst bleibt noch völlig unverständlich [1]).

[1]) Übrigens können wir diese Frage in gewissen Fällen auch hinsichtlich der Dürftigkeit anwenden: Warum hat z. B. der eine gerade diesen Gegenstand oder diese Handlung ausgelassen, während die Aus-



Mit den Zusätzen gelangen wir eben in das Gebiet individualisierter psychischer Phänomene, folglich müssen auch rein individueller Natur die Quellen sein, aus denen sie entspringen. Nicht in der passiven Sinnes- und Gedächtnisbeschaffenheit ist ihr Ursprung zu suchen; sie wurzeln in den tiefsten Tiefen unseres gesamten psychischen Seins; im Getriebe der mannigfaltigen seelischen Regungen, die jede einzelne Individualität als solche unaufhörlich umstürmen, nehmen sie ihren Anfang. Somit berühren wir die zwei wichtigsten Momente, die in dem Aussageprozesse eine eminente Rolle spielen, wie wir das schon oben hervorgehoben haben: einerseits den Einfluß auf die Aussage des jeweiligen psychischen Gesamtzustandes in seiner Totalität, und anderseits das Verhältnis der Aussageobjekte zu dem Innenleben der Aussageperson, über die jeweiligen Beziehungen derselben zu dem sogenannten Ichkomplexe.

Die Außenwelt, über die wir aussagen, und nicht nur diese im allgemeinen, sondern jedes Objekt, jeder Vorgang, jeder Begriff als solcher zeigen uns eine Menge von Eigenschaften, eine Vielheit von Kombinationen und Qualitäten. Wenn wir z. B. eine Pflanze sehen, fällt uns nicht nur ihre Form, Größe, Farbe, Geruch auf, sondern wir können auch an ihre chemische Zusammensetzung denken, an ihre geographische Verbreitung, an die Art ihrer Kultur, an ihre Nützlichkeit oder Schädlichkeit usw. Aber diese bunte Mannigfaltigkeit vervielfältigt sich noch dadurch, daß sie eine viel weitere Variationsbreite „nach innen" so zu sagen besitzt. Unendlich groß sind die Qualitätsreihen, die sie in unserer Psyche zu bilden befähigt ist. Abgesehen von jenen Lust- und Unlustgefühlen, welche die äußere Welt schon durch ihre Art und Gestaltung an sich in uns wachrufen kann, wie z. B. ästhetische Gefühle, moralische und dergleichen, kann fast jeder Gegenstand, jeder Zustand, jede Form so eng mit unseren Erlebnissen, mit unserer ganzen Vergangenheit verwoben sein, daß schon der flüchtigste Anblick derselben durch die weitesten Assoziationen Gefühlsreaktionen auslöst. Es genügt also die leiseste Andeutung seitens des Aussageobjektes, daß in uns alte Erinnerungsbilder auftauchen, verwandte Eindrücke wachgerufen werden, die eine viel höhere, „psychi-

sage des zweiten ganz andere Lücken aufweist. Wir wollen damit sagen, daß auch die Dürftigkeit nicht immer durch die allgemeinen Normen verständlich ist. Vgl. darüber ***Freud***: Psychopathologie des Alltaglebens.



sche Wertigkeit" besitzen als die gesamte übrige Vorstellungsmasse. Hiermit rücken wir in den Vordergrund des Aussagevorganges einen äußerst wichtigen, psychischen Mechanismus, nämlich die Komplexreaktionen.

Wir sehen davon ab, auf die Art und den Verlauf der Komplexe und auf ihre leitende Rolle in der Psyche der Dementia praecox näher einzugehen und verweisen auf die ausführliche Arbeit von *Jung*, Über die Psychologie der Dementia praecox (Halle 1907), vornehmlich Kapitel II und III. An dieser Stelle genügt es, auf die ungeheure sogenannte Komplexempfindlichkeit hinzuweisen. Durch die umfangreichen Untersuchungen auf dem Gebiete der Assoziationsreaktionen und vor allem dank der diagnostischen Assoziationstudien der Zürcher Schule ist bekanntlich fast empirisch nachgewiesen, mit welcher Bereitschaft die Komplexe in unserer Psyche immer wiederkehren und, was noch auffallender ist, sogar durch viel schwächere Reize in annähernd voller Stärke ausgelöst werden können, wie der Affekt, der sie einst gebildet hat. In dieser psychologischen Tatsache ist uns nun gewissermaßen der Schlüssel gegeben, mit dessen Hilfe wir den Inhalt der fehlerhaften Reaktion analysieren können.

Der Mechanismus der Aussage besteht eigentlich in letzter Instanz darin, daß die Affektivität die Aufmerksamkeit bald auf das eine, bald auf das andere ihr adäquate Gebiet richtet und die zum Aussagevorgange gehörenden Assoziationen in den Brennpunkt der Beachtung rückt, während sie alle übrigen zurückdrängt. Im Sinne *Bleulers* ist die Aufmerksamkeit überhaupt „nichts als ein Spezialfall der Affektwirkung, die dabei gar nichts anderes tut, als was wir von ihr schon kennen, indem sie gewisse Assoziationen bahnt, andere hemmt" [1]). Dieser wichtige Hebel eben, der den gesamten Aussagevorgang dirigiert, ist bekanntlich bei der Dementia praecox seiner Macht bis zu einem gewissen Grade beraubt. Die Affektivität ist unterdrückt, die Aufmerksamkeit herabgesetzt und dem Ichkomplexe die Möglichkeit genommen, die notwendige Kritik auszuüben. Dem normalen Walten

[1]) Siehe *Bleuler*, Affektivität, Suggestibilität und Paranoia. Nach *Bleuler* ist die Affektivität „.... das treibende Element in allen unseren Handlungen und Unterlassungen.... die logischen Überlegungen erhalten ihre treibende Kraft erst durch die damit verbundenen Affekte... die Affektivität ist der weitere Begriff, von dem das Wollen und Streben nur eine Seite bedeutet".



der Affektivität treten die sogenannten Komplexe entgegen, die in der Dementia praecox noch weniger autonom sind, und in Form von Wahnideen, Halluzinationen, Stereotypien [1]) in fortwährender Bereitschaft sind und deren sämtliche Funktionen übernehmen. Unter dem Drucke der mit voller Wucht arbeitenden, gefühlsbetonten Vorstellungsreihe hat die den Aussagevorgang sonst lenkende Affektivität ihre führende Rolle verloren. Die Aufmerksamkeit, die dem Aussagevorgange zugewandt sein sollte, ist hier fast ganz oder teilweise von dem „frei flottierenden" Komplex absorbiert. Die autonomen Komplexe klammern sich an diejenigen Vorstellungen, die eben gegeben werden; es kommt zu den verschiedenartigsten Verbindungen zwischen ihnen und den Aussageobjekten oder der von den letzteren aufgerollten Assoziationskette, zu den mannigfaltigsten Ummodelungen, und diejenigen Vorstellungen, die im gegebenen Momente einen besonders starken Gefühlston haben, gelangen zum Siege.

Und so geschieht es, daß größere oder kleinere Partien des Aussageobjektes (Personen, Gegenstände, Handlungen, Relationen usw.), die dem Komplexe nur teilweise sich anpassen können, im Sinne des Komplexes umgemodelt werden. Neutrale und noch mehr Kontrastobjekte werden als symbolische Verkleidung des Komplexes aufgefaßt und in dieser Form dem Aussagestoff angehängt. Und endlich werden solche Vorstellungen, die gerade den augenblicklichen Komplexbedürfnissen entsprechen, sozusagen von „außen her" in den Aussageinhalt eingefügt.

Im Lichte der Komplexkonstellationen haben wir nun die Möglichkeit, auf die Spuren der verschiedenen Zusätze in unseren Aussagen zu gelangen. An der Hand von zwei Fällen wollen wir dies nun zu beweisen versuchen.

Zu diesem Zwecke werden wir bei jedem Falle in knappen Worten die Krankengeschichte der Versuchsperson vorausschicken, um damit ein gewisses Bild von ihrem Charakter und den individuellen Eigenschaften zu bekommen. Nehmen wir zunächst Fall R...z, von dem schon oben die Rede war. Die Versuchsperson, l e d i g, Schirmmacher, 37 Jahre alt, zum zweiten Mal in der Irrenanstalt. Das erste Mal nach zwei Monaten entlassen. K l e i n g e w a c h s e n,

[1]) *Bleuler*, Affektivität, Suggestibilität und Paranoia. *Jung*, Über die Psychologie der Dementia praecox.



schmächtig. Als Kind normal, nur etwas reizbar. Guter Schüler. Wollte durchaus Mechaniker werden. Nach Absolvierung der Primar- und Sekundarschule jedoch kurze Zeit Kellner in mehreren Städten (St. Gallen, Lyon, London). Dann mit Unterstützung des Vaters Schirmmacher. Tüchtiger Geschäftsmann, solid. Guter Schütze. Als Kellner in London trug er stets eine Pistole mit sich, weil in der Nähe seiner Wohnung jemand fast totgeprügelt worden war. Später treten Verfolgungsgedanken stärker zum Vorschein. So bezieht er einmal im Konzert das Lachen zweier seiner Dorfgenossen ganz grundlos auf sich und drohte ihnen später auf der Straße mit dem Revolver. Kurz vor der Internierung wurde er von einem Velofahrer überfahren und verletzt. Sein Verdacht fällt auf einen dieser zwei Dorfgenossen, und ihm scheint, daß sie ihn jetzt in der Wirtschaft „überlaut nachmachen mit Hilferufen und den ganzen Abend auf die Begebenheit jener Nacht anspielen". Und er setzt fort: „Ich mußte dem zuhören und sie taten es auch. Sie schrien, wie ich damals geschrien hatte, rufen, daß es großartig ist". Auch geschlechtlich wurde er verfolgt: „sie gehen beidseitig" (von der Seite der Männer und Frauen). Man sagte, er sei impotent. „Es ist eine Ausspionierung der Gedanken."

Oben haben wir eine der Aussagen dieser Versuchsperson abgedruckt (s. S. 774). Wir wollen hier zunächst die Aussage über das Bild B angeben, um zur besseren Veranschaulichung beide zugleich zu untersuchen.

Primäre Aussage.

Der erste Eindruck war also eine Art, ein Paar Wildschützen und der betreffende junge Herr, der mit seiner Frau im Zimmer ist, war früher auch ein Kompagnon der anderen, und wird von den anderen aufgefordert, wieder mitzumachen, wieder auf die Jagd zu gehen mit den anderen. Das ist eine verbotene Jagd, aber er will nicht mitmachen mehr, weil er durch seine Frau in bessere Verhältnisse gekommen ist, die erst kurz, ein Jahr verheiratet ist (ausgerechnet nach dem einjährigen Kinde in der

Sekundäre Aussage.

Der erste Eindruck war Schmuggler oder Wilddiebe. Es ist möglich, daß der, dem die Wohnung gehört, früher Kompagnon war der anderen und jetzt aufgefordert wird, wieder mitzumachen, aber jetzt, weil er durch die Heirat in bessere Verhältnisse gekommen ist, nicht mehr mitmachen will und deshalb von den anderen Vorwürfe erhält. Wenn sein Gewehr neben ihm ist auf dem Bilde, so ist es möglich, daß er es diesmal mitgemacht hat und sie noch in seiner Wohnung sich aufhalten, und wie



Wiege). (sic!) Es kann auch sein, daß es tirolische Schmuggler sind, und an dem Gesichte der Frau kann man keine Gemütsbewegungen wahrnehmen; sie ist ausdruckslos, infolgedessen kann man nichts ableiten davon. Der Vorgang und die Szene, wenn Schatten bemerkbar sind von der Lampe, dann ist die Szene nachts. Wenn der junge Ehemann ein Gewehr bei sich hat, in seiner Nähe, dann hat er mit den anderen zu gleicher Zeit mitgemacht. Einer der drei Anwesenden macht eine drohende, polizeiwidrige Miene gegen den Ehemann. Dann ist noch ein Hund im Vordergrunde, der mußte die Betreffenden kennen, sonst würde er eine drohende Haltung gegen die Schmuggler annehmen. Ich habe noch vergessen nachzutragen „wo ein Gewehr", im Falle der Ehemann ein Gewehr hat, so ist es möglich, daß er vielleicht einen Grenzwächter (im Falle Schmuggler) oder Jagdaufseher (im Falle Wilddiebe sind) erschossen hat. An der Uhr war die Zeit nicht zu erkennen. Den Titel würde ich geben nach dem Vorhergesagten: Die Verführung. Auch noch vielleicht möglich, daß gestützt auf das Buch auf dem Tisch der Ehemann selbst Grenzwächter oder Jagdaufseher ist, die anderen aber nicht verklagen, nicht anzeigen darf, weil er früher ihr Kompagnon war.

aus seinem Gesichtsausdrucke zu schließen, vielleicht einen Wildhüter erschossen hat. In diesem Falle aber mußte die Frau, welche ein ausdrucksloses Gesicht hat, etwas erschrockene Gesichtszüge haben. Auf dem Tisch ist ein Buch und vielleicht daraus kann man schließen, daß er Wildhüter ist, diese aber nicht verklagen darf, weil er früher mitgemacht hat. Und dann einer macht ein besonders zorniges Gesicht gegen den Ehemann, deshalb mußte der Hund eine drohende Stellung annehmen, infolgedessen muß man annehmen, daß er die anderen drei Personen kennt. Durch die Last, die die Personen tragen, sind sie schon von der Jagd zurückgekehrt, oder dann sind sie ja Schmuggler. Und dann, wenn von der Lampe Schattenbilder zu sehen sind, so ist die Szene nachts, eine Nachtszene. Der Zeit kann ich mich nicht genau erinnern, glaube zirka ein Viertel vor zwölf oder auch zehn Uhr. Und dann sind die Eheleute zirka ein Jahr verheiratet (es ist ausgerechnet von dem Kinde in der Wiege, oder besser von der Wiege und dem Kinde, sonst heißt es, daß das Kind es ausgerechnet hatte). Jetzt ist es möglich, daß alle zusammen mit dem Ehemann auf der Jagd ertappt worden sind, und die anderen dem Ehemann, der ein resigniertes Gesicht macht, zureden, er solle nicht sagen, wer seine Begleiter sind, im Falle der Polizist kommt und ihn danach frägt. Vielleicht die drei anderen wollten bei ihm verbergen das geschossene Wild, er aber nicht einwilligen will. (Der Satz ist fraglich.)



Schon rein äußerlich betrachtet, fällt uns hier folgender charakteristische Umstand auf. Während in der Aussage über das Bild A die Versuchsperson das Hauptgewicht auf die möglichst richtige Wiedergabe des Bildinhaltes legt und mit merkwürdiger Pedanterie auf jede kleinste Einzelheit und jedes Detail eingeht und sich sichtlich Mühe gibt, möglichst präzise Bezeichnungen der Gegenstände herauszufinden, sehen wir in der Aussage über das Bild B eine ganz andere Tendenz. Die Details, die Einzelheiten spielen hier keine Rolle mehr. Der Versuchsperson kommt es scheinbar hier hauptsächlich auf den Sinn des Bildes an; er geht darauf aus, das Bild möglichst deutlich zu interpretieren, und geht auf die Kleinigkeiten nur insofern ein, als es ihm nötig ist, um die verschiedensten Kombinationen des Bildinhaltes zu zeigen.

Schon dieser nur äußerlich auffallende Unterschied ist ganz charakteristisch für die betreffende Aussageperson. Aus dem Lebenslaufe R...z' wissen wir, wie der Zufall fast immer nur dafür sorgte, seine Persönlichkeit herunterzusetzen und sein Selbstgefühl, ja vielleicht seine Eitelkeit zu verletzen. Der strebsame Knabe will Mechaniker werden, wird aber Kellner, ein Beruf, der nicht viel zum Selbstbewußtsein der Persönlichkeit beitragen kann. Mit physischen Gaben ist R...z spärlich ausgestattet. Er ist klein, schmächtig, impotent; letzteres quält ihn besonders. Die empfindliche Natur des so Gekränkten sucht sich auf irgendeine andere Weise zu befriedigen. Was ihm das Schicksal genommen hat, das soll er sich durch eigene innere Kraft erarbeiten. Es entwickelt sich bei ihm eine äußerste Empfindlichkeit seiner intellektuellen Begabung gegenüber; sie bekommt dadurch einen stärkeren Gefühlston, es bildet sich der sogenannte Intelligenzkomplex heraus. Im krankhaften Zustande sehen wir auch, wie er sich als großen Erfinder träumt; er kombiniert verschiedene Systeme von Luftschiffen, versieht sie mit einer Menge von mathematischen Formeln und komplizierten Zeichnungen und beschäftigt sich überhaupt mit dem fortwährenden Niederschreiben aller seiner Gedanken. Es ist nun klar, daß dieser gefühlbetonte Intelligenzkomplex sich sofort auch in der Aussage äußern und daß er sich dem Aussagestoff anpassen muß. Und so geschieht es, daß im Bilde A, wo es sich um zusammenhanglose Abbildungen handelt und die intellektuelle Begabung sich nur durch eine besondere Gedächtnistreue

zeigen läßt, unsere Versuchsperson sich Mühe gibt, eben diese Seite zu manifestieren. Im Bilde B dagegen kommt es bei einem Menschen, der Anspruch auf Intelligenz macht, nicht auf die Erinnerungfähigkeit an, sondern auf das Verständnis des Kunstwerkes, und die Versuchsperson konzentriert sich auf das Verständnis des Kunstwerkes, trotzdem sie ganz genau weiß, daß hier ihr Gedächtnis geprüft wird, darauf, soweit möglich, uns von ihrem Verständnisse des Bildinhaltes zu überzeugen. Über ihre Stellungnahme zu den Bildern äußert sich übrigens die Versuchsperson selbst. So erachtet sie beim Bilde A für nötig, ihre Geringschätzung über das Bild sichtlich merken zu lassen, und betont von vornherein: „das sind ja Karrikaturen", während sie es beim Bilde B der Mühe wert findet, ihm sogar einen passenden Titel herauszufinden, „den Titel würde ich geben nach dem Vorhergesagten: Die Verführung." Unter dem Einflusse des nämlichen Komplexes hat sich auch wohl dieser prätenziöse Stil und die gesamte Ausdruckweise, welche die Aussage so charakterisiert, herausgebildet. Die Wirkungen des Intelligenzkomplexes machen sich auch in den übrigen Teilen des Aussagestoffes bemerkbar. So tritt er ganz entblößt hervor in der folgenden Äußerung: „Der Kellner, der sonst einen außerordentlich großen Bildungsgrad hat, macht hier mit seiner aufgestülpten Nase ein blödes, stumpfsinniges, dummes Gesicht." Hier spricht zu uns der ehemalige Kellner. Die indifferente Vorstellungsmasse erhielt hier einen besonderen Gefühlston; die Assoziationen laufen in der Richtung des Komplexes.

Was hier in den Aussagen noch besonders auffällt, das ist das merkwürdige Sichkonzentrieren, dieser kolossale Aufwand von Interesse, mit dem die Versuchsperson das Aussageobjekt schildert. Es ist eigentlich nicht mehr das übliche passive Registrieren; die Versuchsperson zeigt hier direkt eine aktive, psychische Tätigkeit. Der scheinbare Widerspruch, in dem sich dieser Fall zu dem üblichen Defekt der aktiven Aufmerksamkeit bei der Dementia praecox stellt, erklärt sich wohl dadurch, daß hier gerade die Komplexbedürfnisse die äußerste Konzentrierung erforderlich machen. Der Intelligenzkomplex sucht sich möglichst zu behaupten, und da damit eine genaueste Präzision und eine möglichst „intelligente" Schilderung des Gesehenen verbunden ist, so setzt er auch alle die dazu notwendigen psychischen Funktionen in Bewegung und steigert sogar die Aufmerksamkeit.

Einen großen Teil trägt auch der sogenannte Entlassungskomplex dazu bei. Die Versuchsperson behauptet immer, das Opfer eines Mißverständnisses zu sein; man hätte sie ganz grundlos interniert; sie verfaßt jeden Tag neue Entlassungsgesuche und sucht beständig nachzuweisen, daß sie vollkommen geistesgesund ist. Wieweit dieser Komplex eine Rolle in den Aussagen spielt, wissen wir aus manchen andern Fällen, wo die Versuchspersonen mich direkt fragten, ob sie wohl aus der Irrenanstalt befreit würden, wenn sie richtig erzählten, und daraufhin sich Mühe gaben, ihr Gedächtnis zu zeigen. Wir haben also die bemerkenswerte Tatsache vor uns, daß die Mechanismen, welche die gesamte psychische Tätigkeit der Dementia praecox hemmen, in gewissen Fällen das Gegenteil verursachen können: wenn der Komplex nicht direkt im Widerspruch zum Ichkomplex steht, kann er die Aufmerksamkeit nötigenfalls steigern.

Verfolgen wir nun die Zusätze und Einfälle im einzelnen weiter. In der Aussage über das Bild A tritt uns zunächst folgender Einfall entgegen: „Da keine Frau des Patienten anwesend ist, scheint er l e d i g zu sein.“ Hier ist ein abstrakter Einfall, mit dem sich zugleich ein Fehler akzidenteller Natur eingeschlichen hat. Als ein Pendant zu diesem Einfalle können wir auch die folgenden Zusätze in der Aussage über das Bild B betrachten: sie beziehen sich alle auf die Familienverhältnisse der in den Abbildungen hervortretenden zentralen Figur. So hebt die Versuchsperson in der primären Aussage hervor: „Er will nicht mehr mitmachen, weil er durch seine Frau in bessere Verhältnisse gekommen ist (ausgerechnet nach dem einjährigen Kinde in der Wiege)“, und wiederholt fast das nämliche in der sekundären Aussage. Dieser wiederkehrende Einfall ist um so auffallender, als er sogar einmal scheinbar ganz spontan zum Ausdruck kommt. Während er in der Aussage über das Bild B noch so zu sagen am Platze ist, durch eine direkte Anknüpfung an den Inhalt des Bildes (Frau, Kind) gewissermaßen angeregt werden konnte, erscheint er in der Aussage über das Bild A als etwas durchweg Gekünsteltes, Gesuchtes, Plumpes, zu dem das Aussageobjekt eigentlich doch gar keine Veranlassung geben sollte. Aber es handelt sich hier wiederum um die Ausfüllung eines leeren Raumes im Seelenleben der Versuchsperson. R...z ist ein Hagestolz und steht in einem Lebensalter, in dem mancher nach einem Familienheim ausschaut. Aus seiner Krankengeschichte wissen



wir, daß er impotent ist und von sexuellen Verfolgungen geplagt wird. Es ist nun nicht zu verwundern, wenn dieser Mensch sich mit Vorliebe mit Eheangelegenheiten beschäftigt, daran eine Freude findet, eine gewisse Befriedigung, sich in die Einzelheiten des Ehestandes hineinzudenken. Es bedurfte einer leisesten Andeutung, um den sexuellen Komplex ans Tageslicht zu ziehen, und nun wird die Aussage im Sinne dieses Komplexes beleuchtet. Der Mann auf dem Bilde A, mit dem sich die Versuchsperson scheinbar identifiziert, wird als ledig hingestellt. Unter der unmittelbaren Wirkung des Komplexes wird ein barocker Einfall reproduziert. Und in dieser Form, von Fehlern begleitet, tritt er, als eine Art Wunscherfüllung, auch in der Aussage über das Bild B hervor. „Bessere Verhältnisse", „kurz, zirka ein Jahr verheiratet", was der Patient so heiß ersehnt, das träumt er in den Aussagen noch weiter [1]).

Aus der Fülle der weiteren Zusätze, die zweifellos mehr oder minder den Wirkungen des Intelligenzkomplexes zuzuschreiben sind, wie z. B.: „Man könnte meinen, der Kopf mit dem Kamm wäre da, um Hoch auszurufen, ob dem Feinschmecker sein eigener Braten gut gemundet hat" (wohl eine Art Bonmot aus seinem früheren Kellnerberufe), treten uns die besonders markanten Einfälle entgegen, welche sich in der primären wie in der sekundären Aussage wiederholen. In der primären sogar zweimal, und mit sich bringen sie nicht nur akzidentelle, sondern auch die (im Berichte) seltenere Form der Fehler („Fehler" im Sinne *Sterns*), eine substanzielle, in den Aussagestoff hinein. Primäre Aussage: „Wenn der junge Ehemann ein Gewehr bei sich hat, in seiner Nähe, dann hat er mit anderen zugleich mitgemacht." Nach einiger Fortsetzung der Erzählung fügt er noch weiter hinzu: „Ich habe noch vergessen, nachzutragen — wo ein Gewehr — im Falle der Ehemann ein Gewehr hat, so ist es möglich, daß er vielleicht einen Grenzwächter (im Falle Schmuggler) oder Jagd-

[1]) „Alle starken Wünsche sind Themata der Träume, und die Träume stellen sie als erfüllt hin, aber nicht in den Vorstellungen der Wirklichkeit, sondern in traumhaft undeutlichen Metaphern. Bei Pat. tritt der erfüllende Wunschtraum Seite an Seite mit den Assoziationen des wachen Daseins, der Komplex steigt zum Tageslicht empor, indem die hemmende Kraft des Ich-Komplexes durch die Krankheit zerstört wurde, und spinnt nun automatisch seine Träume an der Oberfläche weiter....". *Jung*, z. Ps. d. Dem. praec. S. 109.



aufseher (im Falle Wilddiebe sind) erschossen hat." In der sekundären Aussage betont er dasselbe: „Wenn sein Gewehr neben ihm ist auf dem Bilde, so ist es möglich, daß er diesmal mitgemacht hat, und sie noch in seiner Wohnung sich aufhalten, und wie aus seinem Gesichtsausdruck zu schließen, vielleicht einen Wildhüter erschossen hat." Schon diese äußere Ausdruckweise der Zusätze, diese unsichere Wahrnehmung der Umgebung läßt uns schließen, daß wir es hier mit der Wirkung eines Komplexes zu tun haben. Wir sehen auch, wie die Versuchsperson vom Drucke desselben sich nicht leicht befreien kann und nach einer kleinen Unterbrechung nochmals auf ihn zu sprechen kommt und dabei noch weitere Fehler macht [1]).

Das Gewehr spielt überhaupt im Leben unseres Patienten eine ungeheure Rolle; es steht so zu sagen am Eingange und am Ausgange seines Lebensdramas. Schon in London trägt er einen Revolver herum, weil angeblich in der Nähe seines Logis auf jemanden ein Attentat begangen wurde. Geplagt und immer verfolgt von dem Gefühl des „Kleinseins" (er empfindet das Kleine wegen der Betonung des sexuellen Komplexes), sieht er in dem Revolver so zu sagen eine Art Symbol seiner äußeren Macht. Er ist auch ein guter Schütze. Ein Revolver war es zudem, der, als der endgültige Zusammenbruch eintrat, die Katastrophe seines Lebens herbeiführte. Wir haben also hier einen überdeterminierten Fehler. Das Zusammentreffen und die Kreuzung verschiedener Komplexe haben neue Komplexe in die Aussage eingeschaltet und sogar noch eine lange Zeit fortgeschleppt.

Wir wollen die Analyse dieser Aussage abschließen mit einer kleinen Bestätigung seitens der Versuchsperson selbst, in welchem Maße die Komplexe den Aufbau der Aussage determiniert haben. Es ist ein Plan, den sich die Versuchsperson für die Aussage über das Bild A notierte, und der ganz zufällig in meine Hände gelangte (die Komplexworte sind hier gesperrt gedruckt):

Kreuz, schneeweiß.
Stuhl, Lehne, Löffel.
Kein Spital, Frau.
Kellner, Bildungsgrad.
Grünlich-gelblich, Färbung.
Totes Schweinchen.

[1]) *Stern* zählt die unsicheren Fehler als halbe Fehler.



Als zweites Beispiel wollen wir einen einfacheren Fall nehmen, wo die Ausläufer des Komplexes nicht so weit verzweigt sind. Es handelt sich um die Versuchsperson Br...m (s. S.769 und 770), 53 Jahre alt; verheiratet; Hausfrau; Vater Potator; seitens der Mutter gute Erziehung; von je her ein jähzorniger, leichtsinniger Charakter zu beobachten. Onanierte seit ihrer Jugend. Heirat mit 20 Jahren. Glücklich war die Ehe nicht. Der Mann litt viel unter ihrem Jähzorn und Leichtsinn, meinte, er hätte das Leben nicht ertragen, wenn die Kinder nicht dagewesen wären. Auch untreu soll ihm die Frau gewesen sein, soll Männern nachgestrichen haben .... Blieb plötzlich mehrere Tage stumm in der Ecke, lief dann zum Pfarrer, veranlaßte ihn, mit ihr zusammen wegen der vielen Sünden zu beten. Von diesem Zeitpunkt an nun unbändig lustig, dabei immer religiöser, läuft fortwährend in die Kirche, was sie übrigens schon früher getan hat wegen der Musik, wie sie erklärte. Glaubt sich verfolgt. Patientin erzählt selbst: sie hätte als Kind vielen häßlichen Szenen infolge der Trunksucht des Vaters beiwohnen müssen; das war auch der Grund, daß sie vom Elternhause fortdrängte. Mit vierzehn Jahren kam sie in die Fabrik. Zu dieser Zeit wurde sie von einem vierzigjährigen Manne mißbraucht. „Wenn's einmal geschehen ist, dann geht es weiter", meint sie. „Sie wollte immer etwas Feineres haben, hielt es nicht mit jedem." Vor etwa zweieinhalb Jahren entstand die Liebe zum Pfarrer, er brachte ihr die Bibel, in der sie lesen konnte, daß der Pfarrer eine ebenso große Liebe zu ihr hatte, wie sie zu ihm. Plötzlich brach der Pfarrer seine Besuche ab. Tief betrübt saß sie nun mehrere Tage da und weinte, behauptete, daß daran Frau Pfarrer und ihre Freundinnen Schuld haben. Bei der zweiten Aufnahme, drei Monate nach der Entlassung, glaubt Patientin verfolgt zu sein und schreibt ihre neue Internierung der Rache einer reichen Familie in ihrem Heimatorte zu, die eifersüchtig ist. Sie fühle es morgens beim Erwachen deutlich im ganzen Körper. Bei der klinischen Vorstellung sagt sie, sie spüre im ganzen Leibe, was die Damen die ganze Nacht im Pfarrhause machen. — Der Gott im Geiste habe bei ihr den Gott im Fleische besiegt.

Diese Notizen aus der Krankengeschichte lassen uns leicht erkennen, wo die Komplexempfindlichkeit der Versuchsperson zu suchen



ist. Die Versuchsperson, von Natur aus äußerst erotisch veranlagt, ist das Opfer einer unerwiderten Liebe. Ihr Angebeteter ist ein Pfarrer. Ganz natürlich bewegt sich der Gedankenkreis im Geiste des Pfarrers und seiner Umgebung, der Kirche, trotzdem sie in der Tat gar nicht fromm war. Auch die Sprache nimmt, wie wir weiter sehen werden, die entsprechenden Formen an, eine Art Symptomhandlung, die in solchen Fällen nicht so selten ist. Geplagt von den qualvollen Gefühlen der hoffnunglosen Liebe sucht sie sich zu trösten, indem sie einen Racheakt der eifersüchtigen Frauen annimmt, die den Pfarrer verführt haben. Die Versuchsperson ist also in der Gewalt eines starken, sexuellen Komplexes, der in ihrem alternden Zustande zweifellos eine besondere Macht ausübt. Die Wirkung dieses gefühlsbetonten Komplexes äußerte sich auch in ganz charakteristischer Weise in dem von uns vorgenommenen Assoziationsexperimente. Ich greife einige Proben heraus:

1. Vergebung, — wenn man einander die Fehler vergibt. Pat. erklärt: das ist schön, wenn man Fehler vergibt, aber Sie denken, daß ich dem Pfarrer vergeben habe. Ja, das ist richtig, er hat mich immer falsch verstanden.

2. Lieb, — wenn man einander gern hat. Pat. erklärt: ich habe an die Familie gedacht und an den Pfarrer. Es tut weh, wenn man für einen Freund ins Feuer gehen kann, und der Freund nicht gegrüßt hat; ich war doch nicht schlecht angezogen.

3. Blume, — ist zu erfreuen.... Ich habe dem Pfarrer auch Blumen gebracht.

4. Stimme, — Gottes Stimme.

5. Überraschung, — von Besuch. Ich habe an den Pfarrer gedacht, und es gibt andere Überraschungen, wenn eins das andere heimlich beschenkt. Ich habe auch den Pfarrer einmal überrascht, als er noch im Bette war; ich habe ihm eine Möwe gebracht.

Das gesamte seelische Leben der Versuchsperson steht im Zeichen des erotischen Komplexes, der sich immer wieder in einer und derselben Form reproduziert, und in seinem Sinne gestaltete sich auch die Aussage.

Bild B. Das sei also z. B. ein Mann, der in seinem Leben etwas gefehlt hat (jeder Mensch fehlt doch im Leben), und da kamen zwei Männer, beladen mit Gewehren, entweder zum Niederschießen oder zum Gefangennehmen. Der Mann auf dem Stuhl sann darüber nach, bereute seine Fehler, bat um Verzeihung, hatte ein wackeres Weib, welches für ihn gebetet hatte. Das Gebet wurde erhört vom lieben Gott, und das



Herz des Mannes wurde warm. Sie hatten ihm vergeben, wofür das Weib dankte und ihn deshalb tröstete. So verabschiedeten sich die Männer und ließen ihn in der Fürsorge seines Weibes, und er war von nun an ein besserer Mann geworden. So kann ein edles Weib durch Gebet die Herzen der Richter wahr machen, und sie denken, es sei Gottes Wille, daß allen Menschen geholfen werde, und wenn ein solcher Mann von Herzen seine Sünden bereut und verspricht, Gottes Gebot getreu zu halten, sind ihm seine Sünden vergeben, und solche Richter sind auch gesegnet im Namen des Herrn. Das sind Schicksale im menschlichen Leben, welche über Nacht kommen können, und welche durch die Macht Gottes auch in einer Nacht wieder gutgemacht werden können. Das bezeugt von Nächstenliebe gegenüber solchen edeln Richtern. Also, ich habe gedacht an den Mienen des Mannes, daß er gefehlt hat, und daß sein Weib ihn sofort in Schutz nahm, und daß die Richter vor ihm standen, und daß es ihnen schwer ums Herz wurde. Aber daß sein liebes Weib ihn tröstete, und durch ihre frommen Gebete Rettung kam, vom Gott, dem allmächtigen Vater, durch welchen alle guten Dinge kommen, und daß es auch Menschen gibt, die beten für das Gericht und die heilige Obrigkeit, und so durch die Gebete sie Barmherzigkeit fühlen in ihrem Herzen. Ein frommes Weib, ein guter Zeitvertreib. Auf dem Bilde war noch ein Hund. Das Bild sah noch aus, wie von Jägern, welche von der Jagd heimkamen und manchmal in einer Wirtschaft ankamen, wo es hie und da eine Überraschung geben kann. Das Jagen ist eben eine gefährliche Sache. Es hängt vieles davon ab, denn schon manches Familienleben war dadurch zerrüttet. Es heißt nicht umsonst: „Wer fischet und jagt, kommt um alles, was er hat.“

Betrachten wir die Fehler im einzelnen, so sehen wir, wie auch sie im Sinne des Komplexes konstelliert sind. So schon der erste Zusatz am Anfange der Aussage, „das sei also zum Beispiel ein Mann, der in seinem Leben etwas gefehlt hat (jeder Mensch fehlt doch im Leben) ....“ Nach ihrer Meinung ist der Grund ihrer unglücklichen Liebe, daß der Pfarrer gefehlt hat, indem er von andern Frauen verführt wurde. Sie hofft aber, daß der Pfarrer noch zu ihr zurückkehren werde, und in Form einer Wunscherfüllung taucht der Komplex in dem Einfalle auf. „Der Mann auf dem Stuhle sann darüber nach, bereute seine Fehler, bat um Verzeihung.“ Sie ist auch bereit, ihm zu verzeihen und sogar um die Vergebung seiner Sünden zu beten: „er hatte ein wackeres Weib, welches für ihn gebetet hat“. Dieselben Reaktionen finden wir auch oben bei den Assoziationsaufnahmen (Reizwort: Vergebung!).

Auf die weitere Analyse der Fehler wollen wir, um uns nicht zu wiederholen, nicht eingehen.



Wir begnügten uns hier mit nur zwei Beispielen. Aber schon aus ihnen konnten wir sehen, wie erst durch das tiefere Eindringen in die Psyche der Aussagepersonen die Auslese des Aussagestoffes verständlicher und die Zusätze sozusagen greifbarer geworden sind. Jedenfalls ist das eine hier klar zum Vorschein gekommen: in den Aussagen begegnete uns dasselbe psychologische Phänomen, wie bei den Assoziationsversuchen: dort, wo ein Fehler war, dort konnten wir auch einen Komplex entdecken.

Und der weitere Schluß liegt wohl nahe: die assoziativen Verbindungen zwischen der gefühlsbetonten Vorstellungsreihe und den Vorstellungen und Eindrücken, welche die Aussageobjekte wachrufen — diese schaffen das Material, aus welchem die Aussagefälschung sich herauskristallisiert.

* * *

In verschiedenartigster Konzeption und in den mannigfaltigsten Formen traten uns hier die Aussagen entgegen. Jede Aussage über ein und dasselbe Aussageobjekt brachte, man kann sagen, einen ganz andern Gedankeninhalt, fast jede bildete ein neue „Version“, eine Erzählung „für sich“, so daß man sogar den Eindruck haben könnte, es handle sich jedesmal um ein anderes Aussageobjekt.

Was jedoch bemerkenswert ist — das Aussageobjekt als solches gelangte durchweg in den Aussagen fast ganz zum Ausdruck. Das Gedächtnis als solches blieb also ungestört. Im Gegenteil, es funktionierte sogar manchmal viel besser als bei Gesunden. Die Versuchspersonen, jeglicher neuen Eindrücke beraubt, ein monotones, stereotypes Dasein führend, halten sich bei jeder neuen Vorstellung mehr auf, und in der ihnen eigentümlichen Art geben sie sich mit ihr mehr ab. Jeder empfangene Eindruck kann daher in ihrem Gedächtnisse viel tiefere Spuren zurücklassen als bei Gesunden, deren Eindrücke und Vorstellungen beständig wechseln.

Wenn unsere Aussagen trotzdem einen solchen Reichtum an Zusätzen aufweisen, so ist es wohl nichts anderes als das Produkt der „erstarrten“, gefühlsbetonten Vorstellungsmasse, die in der Aussage wie in der gesamten psychischen Tätigkeit der Dementia praecox den Ausgangspunkt bildet. Diese „Masse“ gewinnt auch hier die Ober-



hand und zwingt mit elementarer Gewalt die jeweilige Wahrnehmungs- und Vorstellungsphäre unserer Aussagepersonen, sich ihr anzupassen.

Hier dürfte man wohl auch den psychischen Mechanismus der Fehlerhaftigkeit überhaupt suchen. Auch bei den Gesunden wird es sich so verhalten, da auch bei ihnen die Komplexe von großer Bedeutung sind. Nur besteht der Unterschied vielleicht darin, daß bei den Gesunden, graphisch ausgedrückt, die Distanz zwischen dem Komplex und dem Bewußtsein eine viel größere ist als bei der Dementia praecox; das Bewußtsein ist bei ihnen den Einwirkungen des Komplexes viel weniger ausgesetzt. Und so findet letzterer einen viel schwächeren Ausdruck als in den Aussagen der Dementia praecox. Der Mechanismus ist derselbe, nur ändert er seine Kraft.

Anhang.

Pantomime.

Eine Zigeunerbande fährt auf mit einem Wagen, dem die Zigeuner. Mutter mit zwei Kindern und Preciosa entsteigen. Sie bereiten das Lager, decken den Boden mit Säcken. Die Männer zünden Feuer an, kochen oder spielen mit Karten und Würfeln. Die Zigeunermutter schlägt Karten, teilt Brot aus. Es wird gegessen und getrunken, ein Chor gesungen. Ein Zigeuner spielt Zither. — Ein Polizeimann erscheint, nimmt der Zigeunermutter ihren Sack weg. Der Hauptmann will ihn mit einem Becher Wein bestechen, was aber erst einem Mädchen gelingt, neben dem der Polizist sich nun niederläßt.

Abendlied im Chor. Man nimmt den Abendtrunk, schläft ein. Preciosa allein noch wach. Singt ihr Lied: „Einsam bin ich, nicht alleine..“; Waldhorntöne. Ihr Geliebter, ein vornehmer Herr in Jägertracht, erscheint, will sie überreden, mit ihm zu entfliehen. Sie weigert sich, läßt ihr Tamburin fallen. Die Zigeuner erwachen, drohen. Preciosa fleht die Zigeunermutter um Gnade an. Der Hauptmann fordert den Jäger auf, bei ihnen zu bleiben, worin er schließlich einwilligt, sich Hut und Mantel des Hauptmanns anziehen läßt. Die Männer heißen ihn willkommen. Die Frauen tanzen Preciosa ihre Huldigung vor. Alle begrüßen das Paar, wünschen Glück. Schlußchor: „Im Wald“.





(Mit Genehmigung der Firma Braun & Schneider.)

Bild A.



(Photographie im Verlag von Franz Hanfstaengl in München.

Bild B.

Über affektepileptische Anfälle bei Psychopathen[1]).

Von Oberarzt Dr. **Stallmann.**

Einige Beobachtungen der letzten Jahre veranlassen mich, besonders nachdem *Bratz* in der Monatschrift für Psychiatrie und Neurologie in ausführlicher Weise auf die Affektepilepsie hingewiesen und um Veröffentlichung weiteren Materials zu diesem Krankheitbilde gebeten hat, meine Erfahrungen auf diesem Gebiete kurz zusammenfassend zu schildern und die beobachteten Fälle kritisch zu betrachten. Ebenso wie *Bratz* stelle ich den Satz an die Spitze meiner Ausführungen, daß es Psychopathen gibt, welche an typischen epileptischen Anfällen leiden und dennoch keine Epileptiker sind. Ich beobachtete in den letzten Jahren 6 Fälle, die ich hierhin rubrizieren muß, und mag in früherer Zeit noch mehrere derartige Fälle gesehen haben, die ich damals aber aus Mangel an Erfahrung entweder der Hysterie oder der genuinen Epilepsie zugezählt habe. Um diese Fälle differentialdiagnostisch von der genuinen Epilepsie und von der Hysterie abgrenzen zu können, ist es notwendig, die gemachten Beobachtungen hier in ihren Hauptzügen anzuführen:

1. M. G., geb. 1882; Vater Trinker, heftig; Mutter schwachsinnig. G. ist seit früher Jugend kriminell; bedrohte schon in der Volksschule seine Mitschüler mit dem Messer, erstach als 14jähriger Junge im Streit einen Gegner seines Vaters; damals wegen Körperverletzung mit tödlichem Ausgang 2 Jahre Gefängnis. Später wegen schweren Diebstahls, Betrugs, Bedrohung, versuchten Totschlags und Einbruchs langdauernde Gefängnis- und Zuchthausstrafen; zuletzt wegen Einbruchdiebstahls und Brandstiftung in Untersuchungshaft, machte er am 7. I. 10 einen Erhängungsversuch mit Drahtschlinge, war darnach angeblich eine Stunde bewußtlos; Krämpfe wurden damals nicht bemerkt. 12 Tage nachher

[1]) Aus der rhein. Prov.-Heil- und Pflegeanstalt zu Merzig (Direktor San.-Rat Dr. *Buddeberg*).



aufgeregt, gewalttätig; am 24. I. 10 Verbringung in die hiesige Anstalt. Hier nach einer Woche ein Krampfanfall und von da ab eine Zeitlang fast täglich weitere Anfälle; diese entsprachen in jeder Hinsicht schweren epileptischen Anfällen: über den ganzen Körper verbreitete klonische Zuckungen mit starker Jaktation, weite reaktionslose Pupillen, Zungenbiß, Enuresis, Bewußtlosigkeit und nachfolgende Erschöpfung. Abgesehen von dem dauernd wirkenden Reiz der als ungerecht empfundenen Verhaftung konnte bei vielen Anfällen als auslösende Ursache noch ein direkter äußerer Reiz aufgefunden werden, z. B. die Bemerkung eines Mitkranken, er sei ein Simulant. Nach monatelangem Ausbleiben löste dann wieder ein mißlungener Erhängungsversuch drei typische epileptische Anfälle aus. Nach diesen drei Anfällen und nach Einstellung des Verfahrens und Aufhebung des Haftbefehls kein weiterer Anfall mehr, sondern zunehmende Besserung des körperlichen und psychischen Gesamtzustandes; keine erkennbare Zunahme des in geringem Grade vorhandenen Intelligenzdefektes. Macht in letzter Zeit viele Eingaben wegen Freiheitberaubung und wohlüberlegte Fluchtversuche, ist auch dauernd moroser Stimmung, doch ist der durch die Internierung in der Anstalt gesetzte Reiz offenbar nicht ausreichend, es zu einer Krampfentladung kommen zu lassen. Körperliche oder seelische Symptome von Hysterie sind nicht nachweisbar.

2. O. K., geb. 1889; Vater Trinker. Von Jugend auf verwahrlost. Intellektuell gut veranlagt, stets reizbar. Als Schuljunge zweimal Krämpfe. 1906 angeblich noch einmal. 1907 wegen Beleidigung und Notzucht mit Gefängnis bestraft. Bedrohte 1910 seine Dienstherrin mit Mord. In der Haft Erhängungsversuche; darnach Gehörs- und Gesichtstäuschungen. In der Anstalt nach einigen Tagen Angstzustände mit Zittern und Jaktation des ganzen Körpers, nach weiteren 8 Tagen zahlreiche ausgesprochene epileptische Krämpfe mit völliger Bewußtlosigkeit. Nach Ablauf der Beobachtungzeit und nach Einstellung des Verfahrens — Juni 1910 — kein Anfall mehr. Versucht jetzt die Anfälle zu dissimulieren, will solche nachmachen, was ihm aber nicht gelingt. Während des weiteren Anstaltaufenthaltes körperlich erholt, keine Zunahme des in geringem Grade vorhandenen Schwachsinns. Sinnt auf Entweichung, macht alle möglichen Versuche dazu und viele nicht ungewandte Eingaben um Entlassung. Für Hysterie keine Anhaltspunkte; urteilt selbst über seine Anfälle, er sei ein bißchen „histerisch" gewesen.

3. J. K., geb. 1890. Vater übel beleumundet, Onkel von Mutterseite geisteskrank. Lernte spät laufen und sprechen, war stets widerspenstig, verwahrlost; wegen Bettelns, Betrugs, Diebstahls mit Gefängnis bestraft. Trieb sich unstet herum, trank, was er bekam. Lief mit einem großen Messer herum und drohte, alles totzustechen, aß rohes Hundefleisch; darauf am 9. I. 09 in hiesige Anstalt. Hier albern, kindisch, balgt sich herum, onaniert maßlos. Am 8. II. 10 plötzlich ausgesprochener



epileptischer Anfall mit völliger Bewußtlosigkeit. K. hatte kurz vorher bei einem Anstaltfeste sich an den Wasserschlauch gemacht und die Versammelten mit dem starken Wasserstrahl auseinandergesprengt; bei der Festnahme mußte er etwas unsanft angefaßt werden und bekam dann gleich hinterher den Krampfanfall. Dieser war der einzige, der während des fast 2½jährigen Aufenthaltes hier und auch während seines ganzen Vorlebens beobachtet wurde. Keine körperlichen oder seelischen Anzeichen von Hysterie nachweisbar, kein Intelligenzdefekt oder epileptischer Habitus.

4. W. R., geb. 1881. Vater Trinker. Lernte in der Schule schlecht, ebenso in der Lehrzeit. Seit dem 15. Jahre Krämpfe, die ärztlicherseits als Hysterie bezeichnet wurden. Unsteter Lebenswandel. Kam in Anstalten für Epileptiker, Arbeitanstalten und Gefängnisse. Als Soldat nach kurzer Zeit wegen der früheren Anfälle entlassen. Trieb sich dann wieder umher, betrog alle Welt, kam bald ins Gefängnis, bald in die Irrenanstalt. Zuletzt hier zur Beobachtung vom 17. IX. bis 28. X. 10. Die in dieser Zeit beobachteten sieben Krampfanfälle begannen gewöhnlich mit grobschlägigem Tremor im rechten Bein, dann traten Zuckungen in dieser Extremität ein, die von da aus auf den ganzen Körper übergingen. Einige machten den Eindruck vollendeter epileptischer Anfälle, bei anderen war das Bewußtsein teilweise erhalten. Der lokalisierte Tremor trat bei jeder Anrede oder ärztlichen Untersuchung ein, war bei stärkeren Affekten, z. B. Gerichtsverhandlungen, in verstärktem Maße zu beobachten und ging bei noch stärkeren Reizen in die geschilderten Krampfanfälle über. Trotz der schon lange Jahre bestehenden Anfälle war von epileptischer Entartung oder Verblödung nichts zu bemerken; auch waren keinerlei Symptome der Hysterie vorhanden. Bei früheren Beobachtungen wurde er als Epileptiker bezeichnet.

5. K. K., geb. 1884; zwei Geschwister Idioten. Ist von Jugend auf etwas schwachsinnig, reizbar und nach Schnapsgenuß aggressiv; 1903 nach einer Bruchoperation „Tobsuchtsanfall". Zum erstenmal in hiesiger Anstalt 1906; damals zwei Krampfanfälle, den ersten als er baden sollte, den zweiten ohne erkennbaren äußeren Anlaß. Jetzt wieder hier seit dem 21. XII. 09. Hatte zu Hause Streit mit dem Vater, lief weg und beging einen Raubanfall. Im Gefängnis einmal Krämpfe. Hier in den Monaten Januar und Februar 1910 zahlreiche ausgesprochen epileptische Anfälle, dann in den folgenden drei Monaten seltene und seitdem gar keine Anfälle mehr. Die Anfälle traten meist nach Differenzen mit Mitkranken ein oder wenn er auf seinen Vater zu sprechen kam; drohte dann stets, er werde diesem die Bude „anstechen" oder den Hals abschneiden. Sagt selbst, er bekomme nur dann Anfälle, wenn er sich über etwas ärgere. Im letzten halben Jahre körperliche und geistige Erholung; keine Zunahme des angeborenen Intelligenzdefektes nachweisbar, keine Symptome von Hysterie.



6. R. Sch., geb. 1886; Vater potator, Mutter nervös, Geschwister abnorm bzw. geisteskrank. In der Aszendenz auf beiden Seiten Trunksucht und Geisteskrankheit. Seit 1902 viermal in hiesiger Anstalt. Zu Hause vorher jedesmal erregt und zu Gewalttaten gegen Mutter und Geschwister neigend; bekommt angeblich seit 1901 Krampfanfälle. In der Anstalt selten Krampfanfälle, aber oft erregt aus äußerer Veranlassung (z. B. Unruhe von Mitkranken.) Während der letzten Beobachtung (vom 7. IX. bis 19. X. 10) wegen Mordes wurden hier vier Anfälle beobachtet. Diese traten nach seelischer Aufregung (z. B. Besuch der Mutter) auf und zeigten alle charakteristischen Symptome epileptischer Anfälle. Eine Abnahme der Intelligenz oder sonstige bei genuinen Epileptikern zu sehende Änderung des körperlichen oder seelischen Gesamtzustandes war seit dem Jahre 1902 nicht zu konstatieren. Ausgesprochene Symptome von Hysterie nicht nachzuweisen.

Wenn wir das den 6 geschilderten Fällen Gemeinsame heraussuchen, so finden wir, daß es sich in allen Fällen um durch neuropathische Anlage oder durch Keimvergiftung erblich belastete, unstete Psychopathen handelt, die auch sämtlich mehr oder weniger häufig und schwer mit dem Strafgesetz kollidierten. Bei allen waren die beobachteten Anfälle typische epileptische Krampfzustände, die an und für sich von den Anfällen der genuinen Epileptiker nicht zu unterscheiden waren. Die meisten dieser Krampfanfälle wurden durch Einwirkung eines äußeren Reizes verschiedenster Form ausgelöst. Als Reize kamen kurzdauernde, z. B. ein mißglückter Selbstmordversuch, Ärger über Bemerkungen anderer Anstaltinsassen oder protrahierte Reize, besonders gerichtliches Verfahren und Haft in Betracht. Nach Wegfall der Reize blieben auch die Anfälle aus, wenigstens auf längere Zeit, um dann durch neue Reize wieder hervorgerufen zu werden. Ein wesentlicher Einfluß der Krampfanfälle auf die psychischen Qualitäten der Beobachteten trat bis jetzt, bei einzelnen auch nach jahrelanger Beobachtung, nicht ein, besonders war eine Abnahme der intellektuellen Fähigkeiten nicht zu konstatieren, im Gegenteil beobachtete ich in den 4 Fällen, die längere Zeit in der Anstalt blieben, nach Wegfall der Reize und Ausbleiben der Krämpfe eine wesentliche körperliche und psychische Erholung. Wenn man den zeitlichen Verlauf der Anfälle im ganzen betrachtet, so findet man als wesentlichen Unterschied gegenüber dem Verlauf der Anfälle genuiner Epileptiker bei den Affektepileptikern ein episodisches Auftreten mit monatelangen Pausen oder ein nur einmaliges Auftreten, während doch bei der genuinen



Epilepsie die Anfälle gewöhnlich gleichmäßiger auf die Jahre verteilt sind. Was das Lebensalter der Beobachteten anbetrifft, so befanden sich alle im dritten Dezennium. Das Wesentliche und Schwierige ist bei der Aufstellung dieses Krankheitbildes meines Erachtens die Unterscheidung von der Hysterie. Hier ist das Fehlen somatischer und seelischer Symptome der Hysterie genau nachzuweisen und waren solche in den geschilderten Fällen auch nicht in ausgeprägter Form vorhanden. Dagegen glaube ich in allen Fällen eine mehr oder weniger hochgradige vasomotorische Neurasthenie gesehen zu haben.

Zur Kenntnis der psychischen Störungen nach Kohlenoxydvergiftungen[1].

Von **Gotthard Giese,** prakt. Arzt.

(Hierzu 5 Textfiguren.)

Einleitung. Die Lehre von den psychischen bzw. nervösen Störungen, welche sich im Anschluß an eine akute Kohlenoxydvergiftung entwickeln, ist durch reichliche kasuistische Veröffentlichungen und einige größere zusammenfassende Arbeiten jetzt so weit gefördert, daß sie in der psychiatrischen Wissenschaft keine Terra incognita mehr bildet. Vor allem haben sich darum in der letzten Zeit *Sibelius* und *Stierlein* verdient gemacht. Ersterer hat auf Grund des bis dahin publizierten Materials und fünf selbstbeobachteter Fälle aus der Charité den Versuch unternommen, die verschiedenen Erkrankungsformen in ein präzises System zu bringen und von anderen ähnlichen Krankheitzuständen abzugrenzen. Ferner hat er den ätiologischen Zusammenhang zwischen Vergiftung und nachfolgender Krankheit einer genauen Kritik unterzogen, so daß wir mit ziemlicher Sicherheit feststellen können, welche Symptome Folgen der Kohlenoxydvergiftung sind, und welche ihren Ursprung anderen, mehr weniger zufälligen Momenten verdanken. *Stierlein* dagegen hat eine große Kasuistik geliefert, in der er vor allem die Überlebenden der großen Katastrophe von Courrières in den Kreis seiner Betrachtung zieht. Was diese Arbeit auszeichnet, sind die genauen und über mehrere Jahre sich erstreckenden Aufzeichnungen. Dieselben enthalten nicht nur interessante Einzelheiten, sondern vermitteln uns besonders den ganzen weiteren Verlauf, der für die Erkenntnis der verschiedenen Krankheitformen zweifellos von größtem Wert ist. Weitere Beiträge haben

[1]) Aus der Psychiatrischen Klinik der Universität Königsberg i. Pr. (Dir. Prof. Dr. *E. Meyer.*)

auch *Westphal*, *Stursberg*, *Peterssen-Borstel* u. a. geliefert (s. Literaturverzeichnis). Mit Bezugnahme auf die oben genannten Arbeiten möchte ich zusammenfassend über den heutigen Stand der Lehre von den psychischen Störungen nach CO-Vergiftung berichten. Ferner will ich zwei weitere Fälle veröffentlichen, welche in der hiesigen psychiatrischen Universitätsklinik beobachtet wurden und einzelne neue interessante Züge aufweisen. Auch über die allgemeine Toxikologie der Kohlenoxydvergiftung glaube ich der Vollständigkeit halber das Wichtigste voranschicken zu müssen. Ich bemerke noch, daß ich nur die Literatur vom Jahre 1906 an seit Erscheinen der *Sibelius*schen Arbeit berücksichtigt habe, da letztere ja die Ergebnisse der früheren Jahre ausführlich und abschließend behandelt.

Allgemeine Toxikologie.

Ich folge hier im wesentlichen *Kobert*.

Da reines Kohlenoxydgas sich nur unter künstlichen Bedingungen, z. B. bei Laboratoriumversuchen entwickelt, so sind Vergiftungen damit natürlich relativ selten beobachtet. Die Fälle betreffen hauptsächlich Chemiker, die in mehr oder weniger schwerer Weise danach erkrankten. Psychische Nachkrankheiten sind jedenfalls bei der Seltenheit solcher Fälle wenig beobachtet worden, und aus der letzten Zeit sind keine Aufzeichnungen darüber vorhanden.

Die Kohlenoxydvergiftungen, deren psychische Folgezustände hier behandelt werden sollen, sind stets durch Gasgemische hervorgerufen worden, welche neben anderen teils differenten, teils indifferenten Bestandteilen in einem wechselnden Prozentsatz Kohlenoxyd enthalten. Von solchen sind zu nennen:

1. Der sogenannte Kohlendunst, Vapor carbonis, der bei unvollständiger Verbrennung von Holz, Steinkohle und Torf entsteht. Er enthält nach der Untersuchung von *Biefel* und *Poleck* 79,7 % N, 10—13 % O, 0,3—0,5 % CO, 6 % CO_2 neben geringen anderen Beimengungen (zum Teil schweflige Säure). Der Kohlenoxydgehalt wird hier also sehr niedrig angegeben, und es ist wohl anzunehmen, daß er bei den meisten schweren Vergiftungen höhere Werte erreicht, z. B. 0,5—5 % (Rapmund).

Nach *Kobert* entwickelt sich der Kohlendunst meist in geschlossenen Räumen aus Kohlenbecken, ferner aus den verwerflichen Karbon-Natronöfen ohne Schornstein, aus schlechtziehenden Öfen, besonders durch frühzeitiges Schließen der Ofenklappe. Auch kann widriger Wind, der, meist aus einer bestimmten Richtung kommend, den Rauch nicht aus dem Schornstein läßt, Entwicklung von Kohlendunst hervorrufen, selbst wenn keine gröberen Konstruktionsfehler des Ofens vorliegen. Ich verweise in



dieser Beziehung auf einen von meinen Fällen (Karl F.), den ich unten besprechen werde. Nach Aussage des Zeugen rauchte der betreffende Ofen nur bei West- bzw. Südwestwind, während er z. B. bei Ostwind gut zog und zu keinen Belästigungen Anlaß gab. Welche geringe Ursachen manchmal eine Kohlenoxydvergiftung hervorrufen können, zeigt ***Kobert***, indem er anführt, daß durch einen unter die Nase gehaltenen glimmenden Docht schon zweimal tödliche CO-Vergiftung erfolgt ist.

Einen weiteren Kontingent bilden die Bergwerk- und gewisse Fabrikbetriebe.

Grubenbrandwetter entstehen dadurch, daß die Holzauskleidung der Gruben in Brand gerät, wodurch Kohlendunst gebildet wird, der bis in ganz entfernte Grubengänge gelangen und dort Bergleute töten kann. Daß bei schlagenden Wettern die Verhältnisse analog sind, hat ***Haldane*** dargetan, der in den Tylerstown-Gruben von 57 getöteten Personen 52 durch Kohlenoxyd gestorben fand.

Von Fabrikbetrieben kommen Kohlenmeiler, Zink-, Kalk- und Ziegelöfen, namentlich aber Hochöfen in Betracht (Gichtgase). Auch die nach dem *Le Blanc*schen Verfahren arbeitenden Sodafabriken entwickeln Kohlenoxyd.

Im gewöhnlichen Leben entwickelt sich Kohlenoxydgas z. B. in den mit glühenden Kohlen beschickten Plätteisen, welche bei Plätterinnen zu chronischer Vergiftung führen können. Auch der Tabakrauch soll nach ***Jopper*** und ***Krause*** 5—15 % CO enthalten. Ob der gewöhnliche Tabakrauch jedoch einen so hohen Gehalt aufweist, scheint mir sehr zweifelhaft. da sonst viel schwerere Symptome und tödliche Vergiftungen vorkommen müßten, was jedoch meines Wissens bisher nicht beobachtet ist. Daß auch der Verbrennungstod auf dem Scheiterhaufen und in Gebäuden zum Teil durch die Wirkung des Kohlenoxyd erfolgt, sei noch nebenbei erwähnt.

2. Leuchtgas enthält 6—10 %, das aus Holz hergestellte sogar 20—60 % CO neben Methan und Wasserstoff usw., letztere Bestandteile sind zwar irrespirabel, aber wenig giftig. Abgesehen von dem Entströmen aus offenen Hähnen ist zu erwähnen, daß Röhren, besonders im Winter, durch die Erschütterung der Lastwagen bersten können. Das entweichende Gas gelangt dann nicht auf die Straße, sondern wühlt sich oft auf weite Strecken unter der Erde fort, bis es mit der Bodenluft durch die Aspiration in gut geheizte Räume gelangt und dort giftig wirkt, ohne sich durch den Geruch bemerkbar zu machen, denn die Riechstoffe sind durch den Boden meist absorbiert.

Daß beim Leuchtgas außer der Kohlenoxydwirkung noch andere schädliche Substanzen in Frage kommen, ist nach den Untersuchungen von ***Vahlen*** und ***Ferchland*** nicht sicher zu verneinen. Die genannten Forscher wiesen nach, daß Leuchtgas viel giftiger ist, als seinem Gehalt an Kohlenoxyd entspricht. Praktisch dürfte jedoch nur die CO-Wirkung

in Betracht kommen, da bei den gewöhnlichen Verdünnungen in Zimmern, wo noch ein Licht, ohne Explosion hervorzurufen, brennt, nur geringe Konzentration vorliegt (meist 3/4 %). Erwähnenswert ist hier noch, daß bei der Herstellung des Azetylens aus Kalzium-Karbid sich ebenfalls Kohlenoxyd als Nebenprodukt entwickelt.

3. Wassergas. Dies ist weit giftiger als Leuchtgas und enthält etwa 30 % CO. Dies Gasgemisch ist von *Donovan* in Dublin vor 78 Jahren zuerst dargestellt worden, und zwar durch Überleiten von Wasserdampf über glühende Kohlen. Es wurde vielfach zu Heizungszwecken verwendet. Die damit versorgten Gasbadeöfen haben seinerzeit sehr viel Unheil angerichtet, so daß das Gas bald, z. B. in Paris, ganz verboten wurde.

4. Generatorgas. Es entsteht durch Erhitzen von Luft mit überschüssiger Kohle. Beim Dowsonsgas werden Luft- und Wasserdampf gemeinsam in erhitzte Kohlen eingepreßt. Generatorgas enthält auch etwa 30 % CO, Dowsonsgas etwas weniger, etwa 25 % neben Wasserstoff.

5. Minengase, durch welche die wohlbekannte Pulverdunstvergiftung, auch Minen- und Pionierkrankheit hervorgerufen wird. Nach *Poleck* und anderen findet sich bei Benutzung des alten schwarzen Pulvers nicht unter 4 % CO, manchmal sogar bis 10 % neben Schwefelwasserstoff und Kohlensäure. Es ist klar, daß ein solches Gasgemisch, auch wenn mit Luft verdünnt, sehr gefährlich wirken muß. Noch gefährlicher auf militärischem Gebiet ist ein Gasgemisch, welches bei der Explosion der Schießbaumwolle und des rauchlosen weißen Pulvers entsteht. Es enthält nach einer Analyse des Ingenieurkomitees 30 % CO, 20 % CO_2, 10 % CH_4, 8 % N, 9 % NO, 23 % H_2O Dampf. Es ist klar, daß schon der hohe Gehalt an NO tödlich wirken muß, auch Sprengstoffe wie Fulgurit, Ballistit usw. wirken toxikologisch rauchlosem Pulver analog.

Was die Statistik anlangt, so kommen Kohlendunstvergiftungen heutzutage fast immer zufällig zustande, während sie früher z. B. in Frankreich eine sehr beliebte Form des Selbstmordes bildeten. So kamen z. B. von 1834 bis 1843 in Paris 4595 Selbstmorde zustande, von denen nicht weniger als 1432 durch Kohlendunst hervorgerufen waren. Kohlendunstmorde gehören dagegen zu den größten Seltenheiten. Auch von der Leuchtgasvergiftung gilt im großen ganzen dasselbe. Mit der Einführung des Wassergases hat überall die Zahl der Vergiftungen zugenommen. Während die drei Städte New York, Baltimore, Brooklyn in den letzten 13 Jahren vor Einführung des Wassergases jährlich 1,2 % Todesfälle infolge Leuchtgasvergiftung hatten, betrug die Zahl während der Wassergasbeleuchtungsära jährlich 16 %. Die Minenkrankheit tritt namentlich zur Zeit von Belagerungen auf. Die Mortalität der Kohlenoxydvergiftungen war früher recht groß, z. B. für die in Berliner Krankenhäusern eingelieferten Fälle in den 70er Jahren etwa 77 %, seitdem ist sie jedoch beständig kleiner geworden. Eine Statistik über das Auftreten von nervösen Folgezuständen, die uns hier speziell interessieren würde, ist bisher



meines Wissens nicht erschienen, doch ist wohl anzunehmen, daß solche bei dem Bruchteil der Überlebenden nicht allzu selten vorkommen.

Von den direkten Wirkungen des Kohlenoxyds auf den Organismus will ich hier nur über die Wirkung auf die Gewebe berichten, weil sie uns Fingerzeige zum Verständnis der Art und Weise geben, wie die nervösen Nachkrankheiten und überhaupt die Wirkungen auf das Nervensystem zu erklären sind.

Die angestellten Versuche an Kaltblütern, welche negativ ausfielen, beweisen nichts, weil die Tiere einen viel zu trägen Stoffwechsel haben und mit Rücksicht darauf die Versuchdauer meist zu kurz bemessen war. Viel wichtiger sind z. B. Versuche, wie sie *Langendorff* an überlebenden Warmblüterherzen angestellt hat. *Kronecker*s Angabe, daß das Froschherz bei Speisung mit CO-Blut lange Zeit kräftig schlägt, bestätigt *Langendorff* auch für das Warmblüterherz, er fügt aber hinzu, daß, wenn das Blut auf etwa 30° erwärmt wird, die Wirkung nicht mehr indifferent bleibt. Auch bei Speisung mit gesättigtem CO-Blut steht das Herz bald still. Dieser Versuch spricht für eine direkte toxische Schädigung des Herzmuskel- bzw. Ganglienapparates durch das Kohlenoxyd und gegen die bloße Erstickungstheorie infolge Abwesenheit von Sauerstoff.

Was nun speziell das Gewebe des Zentralnervensystems anlangt, so zeigt sich beim Einatmen eines Gemisches von Sauerstoff mit 20% Kohlenoxyd eine direkt toxische Wirkung sehr deutlich, denn es treten schon in den ersten Minuten fulminante Erscheinungen wie Krämpfe, Paralyse der Gliedmaßen usw. auf, die unmöglich als Erstickungsymptome zu deuten sind, weil das Blut unmöglich so schnell die dazu nötige Sättigung mit CO erreicht haben kann.

Kobert behauptet nach seinen Versuchen, daß CO nicht nur die Ganglienzellen des Gehirns, sondern auch periphere Nerven sowie das Protoplasma der verschiedenen Gewebe, wie Muskeln und Drüsen, schädigt und rasche Degeneration hervorruft, wie sie durch die einfache Erstickung nicht zu erklären ist. Ja, selbst echte Gangrän kann vorkommen. Interessant ist hier noch der Fall des Chemikers *Chenot*, der nach einer einzigen Einatmung von CO „wie vom Blitz getroffen" rücklings zu Boden fiel, dabei die Augen verdrehte und mit den Gliedern zusammenzuckte. Es spricht dies wohl auch für die Natur des Kohlenoxyds als Nervengift.

Die Diagnose der akuten Kohlenoxydvergiftung ist meist unschwer zu stellen. Man muß sich an den ganzen Befund an Ort und Stelle halten. Die unmittelbaren Folgen der Kohlenoxydvergiftung können recht mannigfacher Art sein. Es finden sich länger anhaltende Benommenheit, dann Kopfschmerz, allgemeine Schwäche, Anästhesie, Nausea, Erbrechen. Schläfrigkeit usw. Diese Störungen können sich tage- bis wochenlang bemerkbar machen. Interessant ist, daß beim Tierexperiment (Hund) die Bewußtlosigkeit meist plötzlich aufhört. Der Hund springt plötzlich auf und bewegt sich wie ein gesunder, während beim Menschen das Sen-

sorium sich mehr allmählich aufhellt und oft die angeführten Symptome sich zeigen.

Da diese Arbeit die nervösen Nachkrankheiten behandeln soll, so dürfte es sich verlohnen, über Nachkrankheiten im allgemeinen hier einiges anzuführen. *Becker* und *Schwerin* haben sie zusammenhängend beschrieben. Danach können sie zustandekommen: 1. durch primäre Sauerstoffentziehungsgangrän (Brandblasen und rapid sich entwickelnder Dekubitus); 2. durch primäre Gefäßrupturen im Stadium der exzessiven, anfänglichen Blutdrucksteigerung (Lungenblutung, Hirnblutung, Hemiplegie, Blutungen in beliebige Organe); 3. durch Persistieren der Gefäßerweiterung, welche im Stadium der Lähmung des Gefäßzentrums in hohem Grade vorhanden ist (diese Störungen sehen der Erfrierung zum Teil sehr ähnlich, z. B. rote Nase, rosenartige Flecken auf Brust und Bauch. Herpeseruption).

Nimmt man alles zusammen, so kann das Bild der Nachkrankheiten nach CO-Vergiftung so bunt sein, daß man bald an ein Gehirn-, bald an ein Rückenmarks-, Lungen-, Nieren-, Leber-, Hautleiden erinnert wird. Die Diagnose auf vorausgegangene CO-Vergiftung läßt sich in solchen Fällen von Nachkrankheiten nur mittels einer genauen Anamnese stellen.

Die psychischen Störungen.

Allgemeines. Die psychischen bzw. die nicht von diesen zu trennenden nervösen Störungen nach akuter Kohlenoxydvergiftung gehören zu der großen Gruppe der Intoxikations- und Infektionspsychosen, überhaupt zu den symptomatischen psychischen Störungen bei exogenen Ursachen.

Bei den allgemein toxikologischen Betrachtungen haben wir gesehen, daß es sich beim Kohlenoxyd um ein spezifisches Nervengift handelt. Es ist also a priori wahrscheinlich, daß es auch psychische Erkrankungen hervorzurufen vermag. Dies ist in der Tat der Fall. Wir kennen heute nicht nur zahlreiche derartige Krankheitbilder, sondern es ist gelungen, dieselben schärfer zu charakterisieren und sie von andern ähnlichen Krankheitformen bis zu einem gewissen Grade zu trennen.

Ich werde nun die Kohlenoxydpsychosen nach Ätiologie, Symptomatologie, Verlauf usw. darstellen und auch auf die pathologische Anatomie und Pathogenese eingehen.

Ätiologie. Die ätiologische Rolle, die das Kohlenoxyd als toxisches Agens spielt, schließt zwei Möglichkeiten in sich und beide kommen getrennt vor.



In dem einen Falle ist die CO-Vergiftung nur ein „Agent provocateur“, d. h. sie gibt nur den Anstoß zu einer Erkrankung, die sich im übrigen in ihrem ganzen Verlauf an das Bild einer der großen Neurosen, Hysterie und Neurasthenie und verwandter Zustände anschließt. Man kann dann nach Analogie der traumatischen Neurosen von toxischen Neurosen, Hysterien usw. sprechen, wobei man natürlich mit einer schon vorher bestehenden Disposition des Nervensystems zu rechnen hat. Ähnlich liegt es bei der Paralyse. Auch dort kann die CO-Vergiftung in einer Weise auslösend und vorbereitend wirken, die mit der des Traumas zu vergleichen ist.

Der andere Modus hinsichtlich des Kausalverhältnisses ist der, daß die CO-Vergiftung ein früher gesundes Nervensystem so schädigt, daß die Erkrankung eine unmittelbare Folge der Giftwirkung ist und einen symptomatologisch besonderen Verlauf nimmt, so daß sie sich von anderen Formen, die nach CO-Vergiftung entstehen, als echte CO-Psychose abgrenzen läßt.

Beide Möglichkeiten kommen also nebeneinander vor und werden uns in Folgendem beschäftigen. In einzelnen Fällen kann es oft schwierig sein, zu entscheiden, welche von den beiden Möglichkeiten vorliegt, da auch Kombinationen nicht ausgeschlossen sind. Doch wird man mit genauer Berücksichtigung aller Momente in den meisten Fällen zu einer Gewißheit kommen können. Praktisch wichtig ist, daß bei Unfallsachen von dieser Frage die ganze Beurteilung des Falles und die Abschätzung abhängen kann.

Die Frage, ob vor der Vergiftung völlige Gesundheit bestand, kann auch auf Schwierigkeiten stoßen, z. B. wenn ein Selbstmordversuch vorliegt. Ferner muß berücksichtigt werden, ob nicht andere Momente, wie z. B. großer Schreck, ursächlich eingewirkt haben. Auch große Erschöpfung infolge Überspannung der Seele, fehlender Nahrung, wie sie *Stierlein* bei den Récapés von Courrières anführt, können als ätiologische Faktoren neben Kohlenoxyd in Frage kommen. *Stierlein* sagt darüber: „Welche Bedeutung aber dem Erschöpfungsmoment zukommt, geht aus dem Befund bei denjenigen Récapés hervor, die keine Neurosesymptome aufweisen, wohl aber in untrüglicher Weise eine Herabsetzung ihrer Widerstandfähigkeit.“ Er führt einen Fall Couplet an, einen früher gesunden jungen Mann, der wegen großer Schwäche (starkes Schwitzen bei der geringsten Anstrengung neben Kopfschmerz, Schwindel usw.) aus dem Militärdienst entlassen werden mußte. Auch die eigenartigen trophischen Störungen an den Nägeln bei einigen der Récapés sprechen nach *Stierlein*



für die Erschöpfung als ätiologisches Moment, da sie bei reiner CO-Vergiftung nicht vorkommen.

Symptomatologie und Verlauf.

Sibelius teilt die Kohlenoxydpsychosen in zwei große Gruppen ein, in sogenannte intervalläre und nichtintervalläre. Bei letzteren schließt sich die psychische Erkrankung unmittelbar an die direkten Vergiftungsymptome an und erreicht meist gleich zu Anfang ihre volle Höhe, während die ersteren nach einem mehr oder weniger freien Intervall sich allmählich zu ihrer vollen Höhe entwickeln. Diese Gruppen sind, wenn auch durch Übergänge nicht ganz getrennt, zweckmäßig scharf auseinanderzuhalten. Innerhalb beider Gruppen gibt es wieder mehrere Unterarten.

Intervalläre Formen.

Wir wollen zunächst die intervallären Formen ins Auge fassen.

Nach Abklingen der direkten Vergiftungserscheinungen (Koma, Krämpfe usw.) und allmählicher Wiederkehr des Bewußtseins tritt scheinbar Genesung ein, in Form eines relativ freien Intervalls. Dasselbe zeigte sich in den einzelnen zahlreich beobachteten Fällen, die *Sibelius* anführt, sehr verschieden, zunächst in der Dauer: es kann einige Tage bis zu drei Wochen dauern. Aber auch das Verhalten der Kranken kann sehr verschieden sein. Zwar ist im ganzen daran festzuhalten, daß in den meisten Fällen nur eine gewisse Mattigkeit und Abgeschlagenheit besteht, jedoch können auch während des Intervalls einzelne recht auffallende Symptome sich geltend machen. So bestand in *Sibelius*' Fall 1 vollständige Blindheit. Die Stimmung ist zuweilen heiter, aber manchmal auch gedrückt.

Die nun folgende Psychose bricht plötzlich oder allmählich aus. Der Patient wird verwirrt oder unruhig, erregt. In *Sibelius*' Fall 1 zeigte sich sogar ein meningitisartiges Krankheitbild. Es trat am 6. Tage nach der Vergiftung Temperatursteigerung, Nackensteifigkeit, Fazialisparese auf. Die Psychose entwickelt sich dann mit verschiedener Schnelligkeit. Die schweren progressiven Formen führen innerhalb kürzerer und längerer Zeit zum Tode. Neben den schwereren körperlichen Erscheinungen besteht auf psychischem Gebiete Demenz mit Gedächtnisstörungen und Urteilschwäche. Die Kranken sind unrein,



verweigern die Nahrung, setzen der Fütterung Widerstand entgegen, zeigen Andeutungen von Negativismus und Katalepsie usw. Wahnideen und Sinnestäuschungen treten dagegen zurück.

Fall 2 von *Sibelius* ist interessant, weil er den Unterschied der CO-Psychose von der vorherbestehenden Melancholie deutlich erkennen läßt. Vorher bestand traurige Verstimmung, infolge deren Patientin zwei unmotivierte Selbstmordversuche unternahm. Nach der Vergiftung trat dann Apathie nebst körperlichen Lähmungserscheinungen (beides CO-Wirkungen) hervor.

Die regressiven Formen: Hier gehen die manchmal sehr schweren psychischen Symptome innerhalb längerer oder kürzerer Zeit mehr oder weniger vollständig zurück. Es sind hier zu nennen sogenannte Pseudoparalysen, sogenannte akute Demenzen und kurze „abortive Formen".

Die Pseudoparalysen zeigen nach einem Intervall ein Zustandbild, das von der echten Paralyse nur durch den weiteren regressiven Verlauf unterschieden werden kann, und auffallendes Handeln, geistige Schwäche, Wahnideen, Gedächtnisschwäche neben körperlichen Lähmungserscheinungen (Lichtstarre, Fehlen der Reflexe) aufweist.

Die „akuten Demenzen" sind nach *Sibelius* dementia-praecox-ähnliche Krankheitformen, die sich jedoch durch manche Symptome, besonders die Merkfähigkeitstörung, und durch die ganze Art ihres Entstehens und des weiteren Verlaufs (Übergang in Heilung) von der Dementia praecox unterscheiden lassen (s. Differentialdiagnose). Hier wie auch bei den anderen Formen können melancholische Züge das Bild komplizieren. *Sibelius* nennt dafür einen Fall, den *Greidenberg* als „Melancholie sans délire" beschrieben hat. Die neben der Melancholie bestehende Gedächtnisstörung und die Blasenlähmung ließ jedoch den Zusammenhang mit der CO-Vergiftung erkennen. Die melancholische Verstimmung hat ihren Grund wahrscheinlich in dem höheren Alter der Patientin. Man wird mit solchen senil-melancholischen Abarten bei alten Leuten oft zu rechnen haben und darf sich dadurch nicht beirren lassen.

Die kurzen abortiven Formen endlich, die nach *Sibelius* als letzte Unterart dieser regressiven intervallären CO-Psychosen in Betracht kommen, sind kurzdauernde (oft nur einige Tage) Zustände von Verwirrtheit, Benommenheit usw. Sie sind ihrer ganzen Entstehungs-



weise nach nicht anders zu deuten und zeigen auch oft körperliche Störungen (Schwäche der Muskeln, Schmerzen) und Gedächtnisstörungen, durch die sie ihre Verwandtschaft mit den anderen CO-Psychosen erkennen lassen; z. B. führt *Sibelius* einen Fall von *Benson* an, wo ein Student nach der Vergiftung 30 Stunden bewußtlos blieb und am dritten Tage nach der Vergiftung ein leichtes Delirium mit Schmerzen in Füßen und Waden auftrat. Erst in 9 Tagen war er völlig wiederhergestellt. Es ist jedoch zu bemerken, daß diese Gruppe von Fällen noch weiterer Untersuchung und Bestätigung bedarf.

Nichtintervalläre Formen.

Wir kommen jetzt zur zweiten großen Hauptgruppe, zu den nichtintervallären Formen. Die Psychose schließt sich hier unmittelbar und ohne scharfe Grenze den direkten Vergiftungsymptomen an. Die hierhergehörigen Fälle zeigen klinisch trotz der gemeinsamen CO-Symptome (Amnesie, Apathie, körperliche Störungen) doch wichtige Unterschiede von den intervallären Nachkrankheiten, so daß wir annehmen müssen, daß hier eine andere Art der Kohlenoxydwirkung vorliegt. Wir werden weiter unten Näheres darüber erfahren. Hier sollen zunächst nur die verschiedenen Krankheitbilder dieser Gruppe geschildert werden.

Die schweren Formen bestehen hier in nicht regressiv verlaufenden Demenzen, für welche *Sibelius* den klassischen Fall *Raffegeau-Bouchereau* anführt. Diese Fälle endigen im Gegensatze zu den schweren progressiven intervallären CO-Psychosen nicht letal, sondern zeigen eine stabile Demenz. Ein weiterer prinzipieller Unterschied besteht darin, daß die Maximalintensität der Symptome gleich zu Beginn der Erkrankung einsetzt und nicht, wie bei den intervallären Formen, fortschreitet. Körperliche Störungen kommen zwar auch vor, treten aber mehr zurück. Dagegen sind die schwersten Formen von Gedächtnisstörung, völlige retro- und zum Teil anterograde Amnesie, gerade hier vorherrschend. Ja, diese Gedächtnisstörungen beherrschen in manchen Fällen das Krankheitbild so vollkommen, daß *Westphal* eine besondere amnestische Form annimmt (s. unten).

Überblicken wir nun die ganze Gruppe weiter, so sind nach *Sibelius* leichtere stabile Demenzformen anzuführen. Dieselben bilden den Übergang zu Formen, die nicht mehr eigentlich in das Gebiet der



Psychosen gehören, sondern nervöse Schwächezustände verschiedener Art und psycho-neuropathische Konstitutionen darstellen. Diese Formen bieten oft das Bild einer der großen Neurosen, Hysterie und Neurasthenie. Ein Teil von diesen ist sicherlich mit der echten Neurasthenie und Hysterie wesensgleich, und die Kohlenoxydvergiftung ist hier nur der Agent provocateur, der die vorher schon bestehende neuropathische Veranlagung zum Ausdruck bringt. Mehrere Fälle dieser Art finden sich z. B. in der *Stierlein*schen Kasuistik. Auch die Fälle von traumatischer Neurose oder richtiger gesagt „toxischer Neurose" gehören hierher.

Die neueren Forschungen machen es jedoch wahrscheinlich, daß viele hierhergehörige Krankheitbilder von psycho-neuropathischer Konstitution bei ihrer auch oft großen Ähnlichkeit doch nicht mit der echten Hysterie bzw. Neurasthenie identisch sind. *Sibelius* spitzt diese Frage so zu, daß er sagt: „Gibt es eine eigenartige, durch die akute CO-Intoxikation hervorgerufene psychopathische Konstitution, der ein durch die Folgen der CO-Vergiftung entstandener Rindenprozeß zugrunde liegt?" Er kommt auf Grund besonders seines Falles 4 aus der Charité zu einer Bejahung, indem er Hysterie und Neurasthenie ausschließt und den lange dauernden Zustand als eigenartige direkte CO-Folge betrachtet, dessen klinische Erscheinungen der Ausdruck einer toxisch bedingten Rindenschädigung seien. Zu einer ganz ähnlichen Einteilung innerhalb dieser nichtintervallären Psychosen kommt *Stierlein*. Dieser Autor berichtet über 21 Fälle von psycho-neuropathischen Folgezuständen, welche er bei den Überlebenden der Katastrophe von Courrières beobachtet hat, und die sämtlich dem *Sibelius*schen nichtintervallären Typus angehören. Infolge der sehr genauen Aufzeichnung und der längeren sicheren Beobachtung des weiteren Verlaufs ist diese Kasuistik besonders wertvoll.

Stierlein stellt drei Gruppen von Störungen auf:

1. Fälle, die charakterisiert sind „durch eine allgemein verminderte Widerstandfähigkeit des Organismus in physischer und psychischer Beziehung", und die oft mit Neurosesymptomen von hystero-neurasthenischem Typus verbunden sind. *Stierlein* nimmt für diese Gruppe als ätiologischen Faktor neben der Kohlenoxydvergiftung „die Erschöpfung" an, welche durch die psychische maximale Emotion, die sonstigen Strapazen und die fehlende Nahrung bedingt ist. Er führt

den schon einmal genannten Fall *Couplet* an, der gar keine Neurosesymptome aufwies, dafür aber in untrüglicher Weise eine starke Herabsetzung der Widerstandfähigkeit zeigte, welche derartig war, daß er aus dem Militärdienst entlassen werden mußte. Für die große ätiologische Bedeutung dieses Erschöpfungsmomentes und speziell der Ernährungsstörung führt *Stierlein* noch die trophischen Störungen der Nägel an, die bei vielen der Récapés beobachtet wurden.

2. Bei der zweiten Gruppe tritt an Stelle der Erschöpfung die Kohlenoxydvergiftung ätiologisch in den Vordergrund. *Stierlein* nennt diese Formen (s. Fälle Vion und Baroni) „toxische Defektpsychosen". „Ferner", sagt er, „gehören hierher eine Reihe von Fällen, die sich durch ganz eigenartige Störungen psycho-neurotischer Natur charakterisieren (Fälle Ringard, Fougny, Désiré, Lemal, Dargencourt, Leturc, L'homme). Die konstantesten Symptome bei diesen Patienten sind: Retrograde Amnesie für die Zeit der Katastrophe und anterograde Amnesie verschiedenen Grades, Kopfschmerz, Schwindel, rasche Ermüdbarkeit, gesteigerte Patellarreflexe, weniger konstant: psychische Depression, neuralgische Schmerzen. Bei keinem dieser Fälle konnte ich Gesichtsfeldeinschränkung konstatieren. Vor allem fehlt diesen Fällen die typische hystero-neurasthenische Konstitution. Bei dem schwersten dieser Fälle (Fougny) besteht eine auffallende Interesselosigkeit, eine merkwürdige Gleichgültigkeit gegen sich und andere, bei den leichteren wollen die Leute arbeiten und arbeiten auch, trotz bedeutend herabgesetzter Leistungfähigkeit". Gegenüber den schweren toxischen Defektpsychosen nennt *Stierlein* diese Art von Erkrankung kurz „die Kohlenoxydpsychoneurosen", weil das erschöpfende Moment hier dem Kohlenoxyd gegenüber ätiologisch zurücktritt.

3. „Bei dieser Gruppe", fährt *Stierlein* fort, „spielen Schreck und Daueremotion ätiologisch die Hauptrolle (Fälle Bion, Goteaux, Waterloo). Alle drei hatten nur eine leichte Kohlenoxydvergiftung." Diese Fälle weisen die klassischen körperlichen Symptome von hysteroneurasthenischem Typus auf, vor allem bedeutende Gesichtsfeldeinschränkung mit *Förster*schem Ermüdungsphänomen und hohe, beim Bücken stark zunehmende Pulszahlen, welche beiden Symptome von *Brouardel* als die konstantesten bei „hystero-neurasthénie traumatique" und „névrose traumatique" bezeichnet werden. Weiter bemerkt *Stierlein* in bezug auf die Fälle seiner Gruppe 3, daß die Kohlenoxyd-



komponente in der Ätiologie trotz ihrer scheinbar untergeordneten Bedeutung doch nicht zu vernachlässigen ist, vielmehr den Fällen in psychischer Hinsicht eine gewisse Eigenart verleiht. Er erinnert dabei an die Ansicht einiger französischer Autoren, die in dem Kohlenoxyd einen gelegentlichen „provocateur de l'hysterie" erblicken. Weiter weist *Stierlein* auf einen „kapitalen Unterschied" zwischen den Fällen der zweiten und dritten Gruppe hin, der durch den Verlauf begründet ist. „Derselbe" sagt er, „ist für die Kohlenoxydpsychoneurosen im allgemeinen durch eine zuerst steile, dann langsam abnehmende Kurve darzustellen, für die der Gruppe 3 durch eine während kurzer Strecke leicht absteigende oder horizontal verlaufende (Latenzzeit der Neurose), dann allmählich aufsteigende Kurve".

Vergleichen wir diese Gruppierung von *Stierlein* mit der von *Sibelius*, so ist nur die Gruppe 1 von *Stierlein* nicht bei *Sibelius* zu finden. Es sind dies die Fälle, die neben Kohlenoxyd besonders durch erschöpfende Momente ätiologisch bedingt sind und in ihrer reinsten Form eine große allgemeine Schwäche und Widerstandlosigkeit auf physischem und psychischem Gebiet zeigen. Da das Kohlenoxyd jedoch sicher ätiologisch mitbeteiligt ist, (die Récapés behaupteten fast alle eine Zeitlang, bewußtlos unten in der Mine gelegen zu haben), so wird man sie als echte CO-Folgezustände ansehen müssen und sie der *Sibelius*schen Gruppe der psychopathischen Konstitutionen anreihen, zumal ja die vorhandenen Neurosensymptome von hysteroneurasthenischem Typus die Verbindung mit den andern Formen herstellen. Die dritte Gruppe deckt sich mit den psychopathischen Konstitutionen von *Sibelius*, die in ihrem klinischen Bilde der Hysterie und Neurasthenie bzw. traumatischen Neurose oft gleich sind. Neben Schreck und Emotion kommt hier das Kohlenoxyd als agent provocateur ätiologisch in Betracht. Analysieren wir nun in diesem Sinne die zweite Gruppe von *Stierlein*, so ist es klar, daß die Fälle Vion und Baroni mit dem Fall Raffegeau-Bouchereau in Parallele zu stellen sind. Die von *Sibelius* beschriebenen schweren stabilen Demenzen decken sich also mit der toxischen Defektpsychose *Stierleins*. Beide Formen werden charakterisiert durch die starke Störung des Gedächtnisses und der Urteilschwäche sowie durch gemütliche Stumpfheit. Die Fälle Ringard usw. sind unschwer mit den psychopathischen Konstitutionen nach Analogie des Falles 4 von *Sibelius* zu vergleichen,



welcher ebenfalls typische hystero-neurasthenische Konstitution vermissen ließ, dafür aber die bekannten CO-Symptome, Amnesie, Interesselosigkeit usw. aufwies. Beide Autoren, *Sibelius* und *Stierlein*, kommen also getrennt voneinander zu demselben Resultat.

Die Reihe der nichtintervallären CO-Psychosen ist aber damit noch nicht völlig erschöpft. Es fehlen noch die sogenannten Rausch- oder Dämmerzustände, welche forensisch von großer Wichtigkeit sind, weil sie oft zu kriminellen Handlungen Anlaß geben. Sie werden auch als Erregungzustände, welche die nachfolgende Psychose einleiten, beschrieben; und zeitlich schließen sie sich dem vorausgegangenen toxischen Schlaf bzw. Bewußtlosigkeit an, sie können aber auch, wenn ein solcher Zustand fehlt, gewissermaßen ein Äquivalent des Schlafes bilden. Ihre Dauer beträgt einige Stunden bis zu fünf Tagen.

Sibelius führt solche Fälle von Chauffard, Wagner, Casper, Ruata, Sachs, Landgraf an. *Stierlein* beschreibt solche Zustände ebenfalls bei seinen Fällen Vion und Ringard. Er sagt: „Sowohl Vion wie Ringard befanden sich, als sie mehrere Stunden nach der Katastrophe aus der Mine emporgebracht wurden, in einem Zustand lebhaftester motorischer Erregung, verbunden mit vollständiger Verwirrtheit, Wahnideen und Sinnestäuschungen. Auf letztere läßt die Absicht Vions schließen, sich zu den Leichen zu legen, sich unter das Bett zu verkriechen, sein Verteidigen und Ausschlagen; auch Ringards Wahn, er befände sich noch unten in der Mine. Beide sind vollständig desorientiert, reagieren nicht auf Anreden und verkennen ihre Umgebung." *Stierlein* zitiert hierüber eine treffende Beschreibung von Sachs, welcher sagt: „In diesem Zustand, der bis zur Tobsucht ausarten und alle Zeichen der Mania transitoria darbieten kann, sind die Kranken gänzlich unzurechnungfähig und für ihre Handlungen nicht verantwortlich zu machen." *Stierlein* führt weiter an, daß *Casper* und *von Hofmann* mehrere solcher Fälle mitgeteilt haben, in denen der Vergiftete „in seinen furibunden Delirien schwere Verbrechen beging". „Daraus geht hervor", sagt er, „wie praktisch wichtig es ist, diese Zustände kennen zu lernen."

Wie sind nun diese Dämmer- bzw. Erregungzustände zu deuten? *Sibelius* ist der Meinung, daß sie nicht mit den bisher beschriebenen Nachkrankheiten in eine Reihe zu stellen sind, sondern daß sie eine Gruppe für sich bilden und als eine Art pathologischer oder, wie *Ziehen* sich ausdrückt, „komplizierter Rausch" aufzufassen sind. Nach Analogie des Alkohols stellen sie eine Reaktion eines weniger widerstandfähigen Nervensystems auf CO-Einwirkung dar.

Kann man nun auch in der Mehrzahl der Fälle nicht direkt nach-



weisen, daß das Nervensystem weniger widerstandfähig gewesen ist, so sind es doch mehrere Momente, die eine Schädigung des Nervensystems unabhängig von CO hervorrufen. Zunächst ist es die oft hochgradige Hitze, z. B. bei Explosionen, welche in diesem Sinne schädigend wirkt. Für diese Annahme führt *Sibelius* einen Fall von *Ziehen* an, durch welchen nachgewiesen werden konnte, daß Hitze allein Dämmerzustände erzeugen kann. Ferner kommen die oben genannten erschöpfenden Momente, Hunger, seelische Emotion usw., hinzu. Aber auch wenn sich nichts Derartiges mehr nachweisen läßt, kann trotzdem ein solch komplizierter Rausch zustande kommen. Diese forensisch wichtige Frage hat, wie *Sibelius* anführt, *Ziehen* schon früher diskutiert. Er sagt: „Es ist zweifellos, daß ein Individuum, welches früher normale Alkoholräusche gehabt hat, später komplizierte zeigen kann, und zwar auch wenn kein prädisponierendes Moment vorhanden ist.“

Gegenüber der Annahme einer hysterischen und epileptischen Grundlage der Dämmerzustände nennt *Sibelius* einen Fall von Casper, wo es sich um einen früher gesunden Mann handelte und Hysterie sowie Epilepsie sicher ausgeschlossen werden konnte. Hier mußte es sich also um eine CO-Folge handeln. Ähnlich verhalten sich auch die meisten andern Fälle, doch wird man stets in dieser Hinsicht differentialdiagnostisch genau nachforschen müssen. Interessant ist noch, daß nach *Sachs* delirante Zustände besonders durch ein Gemisch von CO und CO_2 entstehen. Dies stimmt auch mit andern Beobachtungen überein, wonach dem CO_2 eine erregende Wirkung zukommen soll.

Symptome und Symptombilder.

Nachdem ich somit die verschiedenartigen Krankheitbilder, welche nach Kohlenoxydvergiftung auftreten, in toto dargestellt habe, muß ich noch gesondert über einige Symptome und Symptombilder sprechen, welche in der gegebenen Darstellung zugunsten der Übersichtlichkeit und Klarheit des Ganzen nur angedeutet werden konnten. Es handelt sich zunächst um Gedächtnisstörungen, welche in keinem Falle von Kohlenoxydpsychosen ganz fehlen und sich nach *Sibelius* „wie ein roter Faden durch das ganze Gebiet hindurchziehen“. Allgemein psychiatrisch unterscheidet man retrograde, anterograde und kombinierte retro-anterograde Amnesien. Alle diese drei Formen



kommen mehr oder weniger rein bei CO-Psychosen vor und sind nach Analogie der Alkoholamnesien als sogenannte toxische Amnesien aufzufassen. Die retrograde Amnesie erstreckt sich, wenn sie ausgesprochen ist, stets auf den Unfall. Die Kranken wissen nichts oder fast nichts von dem, was ihnen zugestoßen ist. In den schwereren Fällen fällt jedoch ein großer Teil der Zeit vor dem Unfall und nicht selten die ganze Vergangenheit überhaupt aus.

Stierlein führt als klassisches Beispiel hierfür seinen Fall Vion an, der, zu Bewußtsein gekommen, eine totale retrogra deAmnesie hatte. Dieser Kranke kannte in der ersten Zeit seine Angehörigen nicht wieder, noch den Spitalarzt, konnte seine Kleider nicht gebrauchen, sich nicht selbständig anziehen, verstand nicht mehr die Uhr abzulesen usw., kurz er hatte alles vergessen, alles verlernt; sogar die Sprache war gestört, was als amnestische Aphasie bezeichnet werden muß. Zwar lernt er manches wieder, z. B. gebräuchliche Namen, versteht einfache Fragen und Aufforderungen und reagiert auf sie, allein das meiste ist unwiederbringlich verloren. *Stierlein* nennt die Grundstörung „ein Verharren der Amnesie" und fährt fort: „die Vergangenheit ist wie ausgelöscht und damit auch das Erfahrungsmaterial, das dem normalen Menschen in Form von einfachen und assoziierten Vorstellungen zur Verfügung steht und ihm das Verständnis der sinnlichen Wahrnehmungen ermöglicht und seinem Handeln vernünftige Ziele steckt; durch diesen Ausfall ist Vion auf die Stufe des kleinen Kindes zurückversetzt. Doch der weitere Verlauf zeigt, daß er gegenüber einem kleinen Kinde sehr im Nachteil ist; denn außer den früher vorhandenen Vorstellungen und damit der Persönlichkeit ist ihm auch das plastische Vermögen der normalen Psyche verloren gegangen, nämlich die Fähigkeit des Festhaltens sinnlicher Wahrnehmungen und ihre assoziative Verarbeitung zu Begriffen. Durch diesen Mangel ist ihm die Wiederausbildung der Persönlichkeit verunmöglicht. Seine Psyche bleibt auf dem primitiven kindlichen Stadium, ist zu keiner Ausbildung mehr fähig. Er sammelt keine Erfahrungen und wird nicht klüger. Es geht ihm also die funktionelle Entwicklungsbedingung des menschlichen Geistes dauernd ab, welche *Wernicke* die „Merkfähigkeit" nennt. Die Orientierung, besonders die zeitliche, ist eine sehr mangelhafte, da die sinnliche Wahrnehmung durch Gedächtnis und Urteilskraft nur sehr wenig verarbeitet und nutzbar gemacht wird."

Ein ganz ähnliches, vorwiegend amnestisches Krankheitbild beschreibt *Westphal* bei einem Brüderpaar, die beide unter denselben Bedingungen eine schwere Kohlenoxydvergiftung erlitten hatten. Die Fälle sind noch deswegen interessant, weil, wie *Westphal* sich ausdrückt, die unter gleichen Bedingungen erfolgte Vergiftung wie in einem Experiment, bei beiden



Brüdern zu einem sich mit fast photographischer Treue ähnelnden eigenartigen Krankheitbilde geführt hat. Beide Brüder waren etwa drei Wochen bewußtlos, ließen Stuhl und Urin unter sich. Im Katheterurin fand sich Eiweiß und Blut. Außerdem bestanden sich wiederholende epileptiforme Krampfanfälle mit tonischen und klonischen Zuckungen der gesamten Körpermuskulatur, alles Zeichen einer außerordentlich schweren Vergiftung. Der Zustand ging dann bei beiden in eine völlige Demenz mit totaler gemütlicher Verblödung über. Es bestand totale retrograde Amnesie und Störung der Merkfähigkeit. Die elementarsten Schulkenntnisse fehlten. Weiter ließen sich aphasische und paraphasische Symptome nachweisen, ferner ausgesprochene Apraxie und komplete Agraphie. Sie konnten nicht die einfachsten alltäglichen Verrichtungen mehr ausführen, mußten sogar zum Essen angeleitet werden. Sie konnten ferner keinen Buchstaben richtig schreiben und lieferten nur sinnloses Gekritzel. Die Feder nahmen sie zur Hand, als ob sie nie schreiben gelernt hätten. Durch Übung konnte bei ihnen in keiner Weise etwas erreicht werden, da sie ihre Aufmerksamkeit nicht konzentrieren konnten und andererseits alles sofort wieder vergaßen.

Es ist klar, daß diese Fälle mit dem Fall Vion von *Stierlein* und dem Fall von Raffegeau-Bouchereau, den *Sibelius* als schwere stabile Demenz anführt, auf eine Stufe zu stellen ist. Es handelt sich im wesentlichen um die hochgradige allumfassende Gedächtnisstörung, wie sie oben von *Stierlein* schön charakterisiert wurde. *Westphal* hält deshalb die Abteilung einer besonderen amnestischen Form für berechtigt und zweckmäßig. Von diesen totalen retrograden Amnesien bis zu den leichten Formen, wo nur die Zeit des Unfalls, eventuell ein kleiner Abschnitt davor, ausfällt, können alle Übergänge vorkommen. Es können z. B. mehr oder weniger große Erinnerungslücken zwischen gut erhaltenen Zeitabschnitten vorhanden sein. Auch erstreckt sich die Amnesie nicht immer gleichmäßig auf alle Vorgänge eines Zeitraumes. Manche Dinge werden vollständig vergessen, während andere, die derselben Zeit angehören, gut behalten werden. Auch Erinnerungsfälschungen können vorkommen. Oft ist es nicht leicht, diese retrograden Amnesien als echte toxische von gewissen funktionellen, besonders den hysterischen, zu trennen, doch wird man aus der Art der Amnesie und dem ganzen Krankheitbilde meist den Charakter gut erkennen können. Auch ist zu bemerken, daß weitaus die Mehrzahl der CO-Amnesien organischer Natur ist analog den traumatischen, Strangulations- und alkoholischen Amnesien. Die hysterischen sind viel seltener.



Zu dieser retrograden Amnesie kommt in den meisten Fällen eine anterograde Amnesie hinzu, welche sich in Gedächtnisverlust für die Ereignisse nach dem Unfall äußert. Besonders macht sich die Störung in der Unfähigkeit, neu gewonnene Eindrücke und Erfahrungen festzuhalten, geltend. In ausgesprochenen Fällen besteht die typische Störung der Merkfähigkeit, wie sie sich bei der *Korsakow*schen Psychose findet. Die Kranken vergessen alles sofort, wissen am Abend nicht, was sie am Morgen getan haben, können Aufträge nicht behalten usw. Wir kommen damit zu dem wichtigen und vielfach behandelten Kapitel: *Korsakow*scher Symptomenkomplex nach akuter Kohlenoxydvergiftung. Der *Korsakow*sche Symptomenkomplex ist anfangs besonders im Gefolge des chronischen Alkoholismus beobachtet, jedoch geht jetzt die allgemeine Meinung dahin, daß der *Korsakow*sche Symptomenkomplex einer der häufigsten „exogenen psychischen Reaktionstypen" (*Bonhoeffer*) ist, insofern er auch nach Infektionen, Intoxikationen, Commotio cerebri, Strangulationen usw. zur Entwicklung kommt. Auch ist die Polyneuritis nicht, wie man anfangs glaubte, für das Zustandekommen des *Korsakow*schen Syndroms nötig, sondern nur der Ausdruck derselben Schädigung, die zu der psychischen Erkrankung führt.

Die *Korsakow*-Fälle nach CO-Vergiftung verhalten sich nun so, daß die psychischen Störungen meist sehr charakteristisch hervortreten, eine ausgesprochene Polyneuritis dagegen fehlt. Allerdings sind deutliche Anklänge von *Sibelius*, *Greidenberg* u. a. gefunden worden. Es handelte sich dort um mehr oder weniger lokalisierte Sensibilitätstörungen bzw. Lähmungen, welche sich jedoch auch in solchen Fällen fanden, die nicht die psychischen *Korsakow*-Symptome zeigten. Dies Verhalten der neuritischen Affektionen hat, wenn auch ohne rechten Grund, den Autoren Bedenken gemacht, und *Sibelius* will darin den Unterschied zwischen Kohlenoxyd- und Alkohol-*Korsakow* sehen, indem er die Ansicht ausspricht, daß bei letzterem infolge einer erworbenen Disposition des Nervensystems periphere wie zentrale Elemente gleicherweise durch die Giftwirkung geschädigt werden, während das Kohlenoxyd hauptsächlich das zentrale Nervensystem angreift. Die neuritischen Affektionen sollen hier durch mechanische, zirkulationschädigende Hilfsmomente bedingt werden. Indem er die reine Druckwirkung nicht allein als Ursache verantwortlich macht, fährt er fort:

„Ich glaube vielmehr, daß eins der wichtigsten Hilfsmomente in der Lagerung der betreffenden Extremität bzw. Partie zu suchen ist, insofern diese Lagerung längere Zeit während der Anwesenheit des CO im Blute bestanden und die Zirkulation in dem betreffenden Körperteile beeinträchtigt hat." Die Nervenlähmungen, welche sich durch diese Theorie nicht erklären lassen, wie z. B. Augenmuskellähmungen, sind nach *Sibelius* nicht auf neuritische Prozesse zu beziehen, sondern haben ihren Grund in zentralen Herden bzw. Blutungen, eine Entstehung, die für die intervallär auftretenden Formen besonders gelten soll. Indem er diesen doppelten Entstehungsmodus der neuritischen Affektionen zu erklären sucht, faßt *Sibelius* seine Behauptung folgendermaßen zusammen: „Diese Verhältnisse beweisen, daß die CO-Neurotiden durch exogene (mechanische) Hilfsmomente bedingt und in ihrer Lokalisation bestimmt sind, die Zerebralaffektionen aber (einschließlich des Korsakow) wenigstens zum großen Teil durch eine mehr allgemein erworbene Disposition des Gehirns bzw. durch endogene, in dessen Bau sich begründende Verhältnisse; denn ebensogut wie exogene, mechanische Momente für die peripheren Lähmungen bestimmend, so sind für das Gehirn die architektonischen (Blutversorgung-) Verhältnisse maßgebend. Dadurch erklären sich die bzw. Lieblingsitze, die Arme beiderseits, die Linsenkernherde anderseits."

Schulz tritt der allgemeinen Gültigkeit dieser *Sibelius*schen Theorie entgegen, indem er einen typischen Fall von Korsakowschem Syndrom nach CO-Vergiftung beschreibt, bei dem eine allgemeine Polyneuritis wie beim Alkohol-Korsakow bestand:

Drei Wochen nach der Vergiftung brach bei der Pat. eine Psychose aus, die sich vor allem in Störung der Merkfähigkeit, ferner durch Interesselosigkeit äußerte. Pat. vernachlässigte die Wirtschaft, vergaß Aufträge beim Einholen, verlief sich usw. Der klinische Untersuchungsbefund ergab körperlich Druckempfindlichkeit der Nn. tibiales, psychisch deutliche Störung der Merkfähigkeit nebst Erinnerungsfälschungen (hat ein einfaches Multiplikationsexempel über zwei 6stelligen Zahlenreihen vergessen, behauptet am Abend vorher im Grunewald gewesen zu sein) Apathie und Interesselosigkeit (liegt still, teilnahmlos im Bett, spricht nur, wenn sie angeredet wird). Im weiteren Verlauf trat dann eine allgemeine Polyneuritis auf, die Druckempfindlichkeit der Nerven ging von den Nn. tibiales auf die crurales und sämtliche großen Nervenstämme der oberen Extremität über. Psychisch traten deutliche apraktische Störungen hervor (so faßte sie mit den Händen ungeschickt zu, war nicht



imstande ohne Hilfe zu essen). Nach acht Wochen allmähliche Besserung. Gedächtnisstörungen, Schmerzhaftigkeit der Nervenstämme ließ nach. Krankheiteinsicht, später Ausgang in Heilung, nur stilles Verhalten.

Auf Grund dieses Falles sagt *Schulz* in bezug auf die Polyneuritis: „Man wird nicht behaupten können, daß in diesem Falle mechanische Hilfsmomente mitgewirkt haben“ und folgert daraus, daß wenigstens für einen Teil der beobachteten Neuritiden derselbe Entwicklungsmodus angenommen werden kann, ohne mechanische Momente heranzuziehen, und es ist wohl sicher zutreffend, wenn er sagt: „Daß die Neuritis in den meisten Fällen keine größere Ausbreitung gewonnen hat, mag einmal daran liegen, daß das Gift nicht lange genug eingewirkt hat. Anderseits ist es aber auch möglich, daß sich leichtere Neuritiden der Beobachtung entzogen haben“. Im Hinblick auf diesen *Schulz*schen Fall möchte ich eine frühere Äußerung *Greidenbergs* hier anführen, welche lautet: „La question aurait fait un grand pas en avant si l'on était autorisé à faire entrer ces psychoses par analogie avec d'autres intoxication dans la catégorie des psychoses polyneuritiques (maladies de Korsakow). Mais la polyneurite n'a pas encore été décrite dans l'intoxication oxycarbonique.“ Diese Bedenken *Greidenbergs* finden ihre Erledigung durch den *Schulz*schen Fall. Einschalten möchte ich hier noch, daß die Diskussion um die Polyneuritis nach den heute zumeist geltenden Anschauungen nicht solche Bedeutung hat, da die Polyneuritis den psychischen Erscheinungen nur als koordiniert aufzufassen ist und nur als ein Zeichen derselben, allerdings schwereren Giftwirkung gelten darf.

In zweiter Linie will ich hier einiges über das Vorkommen von Wahnideen im Verlaufe der Kohlenoxydpsychosen kurz anführen. Sie gehören nicht zu den konstanten Symptomen und fehlen in der Mehrzahl der Fälle gänzlich. Wie aber sichere Beobachtungen gezeigt haben, ist an ihrem Vorkommen nicht zu zweifeln. Auch *Sibelius* führt eine Reihe von Fällen an, welche sichere Wahnideen und paranoide Züge aufweisen. Ich will hier dieselben nicht wiederholen, sondern nur den Fall von Gnauck näher besprechen, weil die Wahnideen in demselben so hervortraten, daß *Gnauck* denselben als „Verrücktheit nach CO-Vergiftung“ beschrieben hat. Über die Krankengeschichte entnehme ich dem Bericht von *Sibelius* folgendes:

„56 Jahre alter Portier, der bis zur CO-Einwirkung ganz gesund



war und kein Zeichen von Geistesstörung gezeigt hatte. Angeblich auch keine hereditäre Belastung. Über Nacht der Gaseinwirkung ausgesetzt. Bewußtlos bis zum folgenden Nachmittag. Körperlich erholte er sich schnell, blieb aber geistig verändert, wurde stiller und apathischer, sprach wenig mit den Seinen, begann viel in der Bibel zu lesen und zu beten. Dazu kam Gedächtnisschwäche. Nach einiger Zeit Verschlimmerung: war ängstlich, unruhig, aß oft tagelang nichts, schlief schlecht, fiel durch unsinnige Handlungen auf. Bei der Aufnahme in die Anstalt ruhig, scheu, gibt über seine Person richtig Auskunft. Körperlich gut ernährt, rechtseitige Facialisparese, Sprache ungestört, Pupillen normal. Gab an, es wäre ihm, als ob eine innere Stimme, von Gott kommend, zu ihm spräche. Einmal erschien ihm ein Engel nachts. Äußerte ferner Verfolgungsvorstellungen, hielt die Fütterung für einen Vorwand, wahrscheinlich solle etwas anderes mit ihm vorgenommen werden. Sein Magen sei zugewachsen. Es bestanden allerlei Befürchtungen, er könnte geschnitten werden usw." Leider konnte der Fall nicht weiter verfolgt werden, weil Exitus letalis eintrat infolge eines zufälligen Kehlkopftraumas, das Patient sich bei einer vorübergehenden Erregung zugezogen hatte. *Sibelius* betrachtet diesen Fall nicht als vereinzelt, sondern als das letzte Glied einer Reihe von Fällen mit paranoiden Zügen, die er anführt. Zwar handelt es sich nicht um eine typische Paranoia nach *Kraepelin* mit einem ausgebildeten Wahnsystem, sondern das Krankheitbild ist, wie *Sibelius* richtig behauptet, als Dementia paranoides aufzufassen.

Weiter muß ich hier kurz das Vorkommen von Erregungzuständen besprechen und dabei auf einen eigenartigen Fall von Manie nach Kohlenoxydvergiftung eingehen, den *Peterssen-Borstel* beschrieben hat. Wie wir schon oben gesehen haben, kommen in unmittelbarem Anschluß an die Kohlenoxydvergiftung während der Rausch- und Dämmerzustände heftige Erregungen und Tobsuchtsanfälle vor, welche oft zu schweren Verbrechen Anlaß geben können. Berühmt hierfür ist, wie ich dem *Kobert*schen Lehrbuch entnehme, die 1899 vorgekommene Vergiftung des österreichischen Bahnwächters Franz Maier, der in einem solchen Zustande seine zärtlich geliebte Frau mit dem Rasiermesser umbrachte und deren Schwester schwer verwundete. *Sibelius* behauptet, daß ähnliche auch weniger schwere Erregungzustände, welche nach dem Erwachen aus der Bewußtlosig-

keit auftreten, ihren Grund in einem schon vorher minderwertigen oder geschwächten Nervensystem hätten. Außer bei diesen Dämmerzuständen kommen vorübergehende Erregungen auch bei den andern Formen in jeder Verlaufsphase vor, allerdings sind sie nie so hochgradig, meist nur oberflächlich und ohne schwerere Folgen.

Sehr interessant, weil gänzlich verschieden, ist der oben genannte Fall von *Peterssen-Borstel.* Der Kranke befand sich in einem chronischen, ununterbrochenen Erregungzustande, der nach Ansicht des Autors sogar als typische Manie aufgefaßt werden mußte.

Hüttenarbeiter Ernst T., ohne nachweisliche erbliche Belastung, erkrankte im Anschluß an eine schwere Wassergasvergiftung. Im Krankenhaus, in das er sofort geschafft wurde, lag er „schwer krank, in Delirien"; dann folgten Zustände von Somnolenz und völlige Apathie mit Erregungzuständen von kürzerer und längerer Dauer. Er betete daneben viel, sprach von Geldangelegenheiten, aß unregelmäßig. Körperlich Muskelkrämpfe und Tremor. Allmählich mehr und mehr erregt, glaubte Mißhandlungen und Schimpfereien an sich zu erfahren, schlug eine Schwester mit der Faust, trat eine andere vor den Leib, schüttete das Essen aus usf. Der Krankenhausarzt bezeichnet ihn als launisch, hinterlistig, und gibt sein Gutachten dahin ab, daß es sich um eine mit Erregungen verbundene Erkrankung der Psyche handelt, deren Entstehen auf die Gasvergiftung zurückzuführen sei. In der Provinzialanstalt, wohin Pat. dann überführt wurde, soll dann nach *Peterssen-Borstel* das reine Bild der Manie mit Ideenflucht usw. bestanden haben. Es trat krankhafter Bewegungsdrang mit Fortfall aller Hemmungen auf. Pat. war teils heiter, teils zornig erregt, pfiff, sang, trommelte, war ausfallend gegen die Pfleger, zupfte und neckte andere Kranke, bedrohte die Ärzte mit Gefängnis, sagte: „Hier ist die Prügelei Mode, ich muß halb verhungern, wir werden sehen, daß die Ärzte zeitlebens Zuchthaus kriegen. Keine Krankheiteinsicht. Es sei ihm nach der Gasvergiftung schwach geworden, hätte keinen Atem bekommen, sei schläfrig geworden. Körperlich außer vorspringenden Scheitelbeinen und großen vorstehenden Oberkieferzähnen, welche dem Gesicht etwas Blödes verleihen, nichts Besonderes. *Peterssen-Borstel* beurteilt in seinem Gutachten den Fall als eine durch die Wassergasvergiftung hervorgerufene Psychose, und in der Tat spricht die Entstehungsart, die anfänglich vorhandenen Muskelkrämpfe, die Apathie und Somnolenz für diese Annahme. Ob jedoch der weitere, manieähnliche Verlauf trotz der fehlenden Gedächtnisstörung und der sonstigen charakteristischen CO-Symptome auch auf Rechnung der Kohlenoxydvergiftung zu setzen ist, ist vom rein wissenschaftlichen Standpunkt als sehr zweifelhaft zu betrachten; und man wird weitere Veröffentlichungen nach dieser Richtung hin abwarten müssen. Vom Standpunkt des Gutachters muß der Fall natürlich als Folge der Wassergasvergiftung beurteilt werden.



Als letzte von diesen Symptomengruppen verdienen die körperlichen Störungen noch eine besondere Besprechung an dieser Stelle. Dieselben sind recht mannigfaltig, und es würde zu weit führen, alles bisher Beobachtete hier wiederzugeben. Ich beschränke mich daher, das Wichtigste hier anzuführen. Ziemlich häufig sind Sehstörungen, besonders in Form der Hemianopsie. Im Fall 1 von *Sibelius* bestand eine totale Amaurose zentraler Natur. Gesichtsfeldeinschränkungen für weiß und die verschiedenen Farbengattungen sind von *Stierlein* in vielen seiner Fälle beschrieben worden. Störungen der Lichtreaktion seitens der Pupillen sowie Unregelmäßigkeiten im Verhalten der Reflexe sind ebenfalls häufig. Weiter sind zu nennen Sprachstörungen verschiedener Art (teils organischen, teils hysterischen Ursprungs), zentrale und periphere Facialislähmungen, Paraplegien der Beine, allgemeine Paresen der Muskeln, Neuritiden, tonische und klonische Krämpfe, teils von epileptiformem Charakter, Sensibilitätstörungen verschiedener Art und Ausbreitung. Bemerkenswert ist, daß nach *Kobert* auch Tetanie, aufsteigende Paralyse, Chorea, ja selbst Osteomyelitis (*Ziehen*) im Gefolge der Kohlenoxydvergiftung zuweilen auftreten. Überblickt man die Fälle in bezug auf das Vorhandensein von somatischen Begleitsymptomen, so findet man, daß dieselben hauptsächlich bei den intervallären Formen vorkommen, dagegen bei den nichtintervallären seltener sind. Interessant sind noch einige Fälle, auf die ich näher eingehen will.

Stierlein und *Stursberg* haben in je einem Falle nervöse körperliche Symptome gesehen, welche auffallende Ähnlichkeit mit der multiplen Sklerose hatten. In dem schon öfter hier erwähnten Fall Vion, den *Stierlein* beschreibt, handelte es sich um Spasmen in den Beinen, ohne Atrophien, Steigerung der Sehnenreflexe, ataktische Bewegungen, leichte Sprachstörung, Blasenstörungen, Romberg, Zungentremor, Erhaltensein des Pupillarreflexes, Verlangsamung der Schmerzleitung. „Diese Symptome", sagt *Stierlein*, „lassen zusammen mit den psychischen Erscheinungen den Fall Vion als der multiplen Sklerose nahe verwandt erscheinen". Für das Fehlen des typischen Intentionzitterns führt er die Ansicht *Sahlis* an, welcher dasselbe nur als eine besondere Art allgemeiner Ataxie und Reflexsteigerung erklärt, und sagt: „Beim Intentionzittern handelt es sich um nichts anderes, als um klonische Sehnen- bzw. Muskelreflexe, welche durch die Spannung, die die Muskeln bei den intendierten Bewegungen erfahren (infolge Steigerung der Reflexerregbarkeit) ausgelöst werden und sich selbst erhalten, solange die Muskelinnervation fortbesteht. Das Zittern bei der multiplen Sklerose ist also spastischer Natur



und geht ohne scharfe Grenze in diejenigen wenigen arhythmischen Zuckungen über, die im Verlauf der willkürlichen Bewegungen auftreten und denselben den Charakter der Ataxie verleihen. Die verlangsamte Schmerzleitung führt *Stierlein* ebenso auf sklerotische Herde zurück; und auch die negativistischen Symptome sind ebenso wie bei den anderen schwereren Zerstörungsprozessen des Nervensystems auch bei der multiplen Sklerose beobachtet worden.

Der Fall von *Stursberg* betrifft einen 31jähr., bisher gesunden Arbeiter, der eine außergewöhnlich schwere Wassergasvergiftung erlitt und erst nach acht Tagen das Bewußtsein wiedererlangte. Gleich im Anschluß hieran trat starker Nystagmus hervor. Nach einiger Zeit gesellten sich weitere schwere körperliche Symptome hinzu, bestehend in Reflexsteigerungen, Babinski, Sehstörungen. Das Leiden schritt unaufhaltsam fort, so daß $2^1/_2$ Jahre nach der Vergiftung völlige Lähmung des rechten Armes, starke spastische Parese der Beine, geringe Parese des linken Arms verbunden mit schweren Störungen auf sensiblem Gebiet, Veränderungen im Bereich verschiedener Gehirnnerven, bestanden. Auch Verstopfung und Blasenstörung ließen sich nachweisen. In seinem psychischen Verhalten war Pat. meist still und gedrückt und zeigte nur manchmal unbegründete Heiterkeit. *Stursberg* kommt zu dem Schluß, daß der Fall durch multiple Herdbildungen encephalitischer und encephalomalacischer Art seine Erklärung findet und der multiplen Sklerose sehr ähnlich ist. Eine echte multiple Sklerose sei jedoch nach Kohlenoxydvergiftung ausgeschlossen. In einem weiteren Fall von *Stursberg* bestand als wesentlichstes Symptom eine konstante Tachykardie. Ein früher gesunder Arbeiter hatte eine Gichtgasvergiftung erlitten. Vier Monate später sehr erhebliche Pulsbeschleunigung ohne Zeichen von Herzinsuffizienz, welche noch nach $1^1/_4$ Jahr unverändert fortbestand und erhöhten Blutdruck zur Folge hatte. Nebenbei bestand Steigerung der Sehnenreflexe bei herabgesetzten Bauchreflexen und Intentionzittern von wechselnder Stärke. *Stursberg* führt nun, nachdem er Morbus Basedow., Neurasthenie, Myocarditis ausgeschlossen hat, die Pulsbeschleunigung auf eine „organische Störung im Bereich des Herz-Nervensystems“ zurück und macht dafür Herde in den Vaguskernen verantwortlich; für die Annahme solcher Herde sprächen auch die anderen nervösen Symptome, welche das Krankheitbild ebenfalls als der Sclerosis multiplex verwandt erscheinen ließen.

Fassen wir das Ergebnis dieser drei Fälle zusammen, so können wir mit Sicherheit behaupten, daß disseminierte Herdbildungen des Gehirns und Rückenmarks nach Kohlenoxydvergiftung vorkommen, welche Krankheitbilder hervorrufen, die der echten multiplen Sklerose nahestehen.

In welch elektiver Weise das Kohlenoxyd auf das Nervensystem wirken kann, beweist ein Fall von Impotenz, den Heymann beschreibt:





Ein Feuerwehroffizier befand sich etwa eine Stunde im Rauch eines Strohfeuers. Im Anschluß hieran Symptome einer Rauchvergiftung, die nach zwei Tagen verschwanden. Sechs Tage nach dem Brande Versuch eines Koitus, der bei erhaltener Libido infolge fehlender Erektion scheitert. Dauer dieses Zustandes zwei Monate. Allmähliche restitutio ad integrum nach etwa drei Monaten. *Heymann* behauptet wohl mit Recht, daß hier eine direkte toxische Schädigung des Lendenmarks vorlag.

Über interessante trophische Störungen berichtet noch *Stierlein*. Bei zwei Kranken seiner Kasuistik von Courrières, die noch am Tage der Explosion gerettet wurden, traten schon zur Zeit der Bewußtlosigkeit lokale, harte, erst später schmerzhafte, weiße Ödeme auf. „Das Ödem", sagt *Stierlein*, „wanderte bei dem einen vom Vorderarm bis zur Schulter, und er starb am vierten Tage unter den Erscheinungen einer akuten rechtseitigen Pneumonie mit Lungenödem. Der andere hatte ein sehr starkes Ödem des rechten Oberarms, während der Unterarm ziemlich frei war, ohne alle Zeichen einer Verletzung". Dieser zweite Fall konnte weiter beobachtet werden: es stellten sich sehr bald Atrophie des Ober- und Unterarms (um 2 cm) ein und Schmerzen in Zeige- und Mittelfinger derselben Seite und Druckempfindlichkeit des Nervus medianus nebst Hyperästhesie des ganzen rechten Arms. Später atrophierte auch die Fingermuskulatur, der ganze Arm fühlte sich kühler an, die Hand sah bläulich aus, schwitzte leicht. Die Kraft war gegenüber links deutlich herabgesetzt. Allgemeinstatus ohne Besonderes. Der Zustand blieb stationär. *Stierlein* führt diese lokalen Störungen auf motorisch-sensibel-vasomotorisch-trophische Veränderungen zurück und hält sie für eine Teilerscheinung der akuten Kohlenoxydintoxikation. Daß es sich um eine periphere Schädigung handelt, ist schon durch die Lokalisation selbstverständlich, und man ist berechtigt, in diesem Falle an die Mitwirkung eines äußeren mechanischen Momentes (Druck- und Zirkulationstörung nach *Sibelius* s. o.) zu denken.

Unter den trophischen Störungen führe ich hier noch die Veränderungen an den Nägeln an, welche *Stierlein* bei den Récapés von Courrières beobachtet hat, und denen er einen hohen diagnostischen Wert beimißt. *Stierlein* hält dieselben weniger für den Ausdruck postneuritischer Nervendegeneration als für das Zeichen einer allgemeinen Ernährungstörung.

Pathologische Anatomie und Pathogenese.

Die pathologisch-anatomischen Veränderungen am Nervensystem sind nicht nur an und für sich interessant, sondern auch deswegen, weil sie in vieler Hinsicht die klinischen Symptome zu erklären vermögen. Das Sektionsmaterial ist in dieser Hinsicht ziemlich reichlich.



Man kann die anatomischen Veränderungen nach *Sibelius* in zwei große Gruppen einteilen, in die Veränderungen am nervösen Gewebe und in die Veränderungen am Gefäßapparat.

In der ersten Gruppe haben wir es mit multiplen oder solitären Erweichungsherden zu tun. Sie sind teils unregelmäßig im Gehirn und Rückenmark zerstreut, teils zeigen sie eine symmetrische Anordnung. Ferner ist Faserschwund, Atrophie, Glia-Wucherung beobachtet. Am Gefäßapparat handelt es sich um Degeneration der Gefäßwandungen, besonders der kleinen Gefäße, bestehend in Verfettung und Wucherung der Intima, um größere und kleinere Hämorrhagien; auch Thrombenbildungen kommen vor.

Zur weiteren Illustrierung möchte ich noch einige Fälle anführen: So berichtet *Chiari* über Blutungen in beide Sehhügel. Das zur Erklärung der Herde Wichtige war, daß in der Umgebung zahlreiche thrombosierte Blutgefäße sich fanden, daß dagegen die Wandung derselben nirgends degeneriert war. Es war hier also die Thrombose der Blutgefäße offenbar die Ursache für die Blutung und Erweichung in der Hirnsubstanz. Die Thrombose an sich mußte durch direkte Schädigung des Blutes infolge der CO-Einwirkung erklärt werden.

Über einen anderen Fall berichtet *Kissinger*: Die Sektion eines 24 Stunden nach der Einatmung von Kohlendunst gestorbenen Arbeiters ergab zahlreiche und starke Blutergüsse in allen Ventrikeln und verschiedenen Teilen des Gehirns. Das Blut war schwarz-rot geronnen, entsprach also nicht dem sonst bei dieser Vergiftung hellroten und dünnflüssigen Blute.

Sibelius führt ferner einen Fall von *Cramer* an. Bei demselben fand sich in der Rinde diffuser Faserschwund, Erkrankung der Ganglienzellen in der Rinde, Entartungen der Gefäße in den Stammganglien, Pons und Medulla oblongata, diffuse Wucherung der Glia im gesamten Mark des Großhirns und an einer kleinen Stelle in der Decke des Aquaeductus Sylvii.

In dem erwähnten Falle „Verrücktheit nach Kohlenoxydvergiftung" von *Gnauck* ergab die Sektion: beiderseits symmetrische bohnengroße Erweichungsherde im Linsenkern und in der inneren Kapsel. Nach *Sibelius* sind besonders diese Linsenkernherde wichtig, weil sie viele anscheinend funktionelle klinische Symptome als organischen Ursprungs erweisen (s. u.). Symmetrische Erweichungsherde im Thalamus opticus und Globus pallidus sah *von Sury*. Beim Überblick über diese pathologisch-anatomischen Verhältnisse vermißt man noch die Durchsicht eines größeren Materials mit feineren histologischen Methoden. Es ist wahrscheinlich, daß uns dieselben gestatten würden, ausgedehnte Degenerationen an Ganglienzellen

und -Fasern mit Bildung von Abbauprodukten usw. in der Art wie sonst bei akuten Intoxikationsprozessen nachzuweisen.

In bezug auf die Pathogenese der verschiedenen klinischen Krankheitformen und einzelner interessanter Symptome sind besonders von *Sibelius* interessante Ausführungen gemacht worden, auf welche ich hier noch eingehen möchte. Zunächst handelt es sich um die Frage: Wie ist es zu erklären, daß nach ein und derselben Ursache zwei prinzipiell verschiedenartige Krankheitformen, die intervallären und nichtintervallären, entstehen können? Hierauf sagt *Sibelius*: „Es müssen aus den uns bekannten anatomischen Rindenprozessen irgendwelche allgemeine Charaktere gefunden werden, die von Fall zu Fall so variieren, daß wir dadurch vielleicht ein besseres Verständnis für die beiden klinischen Entwicklungsformen finden können." Von der größten Bedeutung sollen hierfür die Gefäßveränderungen sein. *Sibelius* begründet dies ungefähr folgendermaßen: Nachdem der sich direkt der Vergiftung anschließende Rindenprozeß abgeklungen ist, sind die Gefäßveränderungen das Zwischenglied, welche selbst teils symptomenlos in Form des Intervalls verlaufend, die Nachpsychose hervorrufen. Daß die Gefäßveränderungen in ihrem Beginn symptomenlos verlaufen können, bedarf keiner weiteren Begründung, wohl aber die Tatsache, daß dieselben eine Progredienz zeigen, noch nachdem der schädigende Faktor, das Kohlenoxyd, schon längst das Blut verlassen hat. Man braucht dazu keine etwaigen Stoffwechselstörungen anzunehmen, welche mittelbar auf die Gefäße einwirken, sondern es genügt, wenn man die Progredienz der Symptome anstatt den Gefäßen dem Nervengewebe selbst zuschreibt. Die Gefäßveränderungen schreiten nicht fort, wohl aber ihre Folgen (bestehend in Degenerationen und Erweichungsherden) entwickeln sich erst allmählich, so daß sie erst nach einem freien Intervall manifeste Symptome hervorrufen. Die Gefäßveränderungen erreichen also wahrscheinlich schon zur Zeit des CO-Aufenthalts im Blut ihr Maximum. Je mehr Zeit aber vergeht, desto mehr macht sich die ungenügende Zirkulation auf das Nervensystem geltend. Auch heterogene Momente, wie Blutwallungen und Blutungen, können mehr oder weniger plötzlich eine Progression des Prozesses hervorrufen und so das Auftreten einer Nachkrankheit erklären.

Der relativ große Formenreichtum der intervallären CO-Psychosen gegenüber den nichtintervallären spricht, wie *Sibelius* weiter ausführt,



nur scheinbar gegen diese Theorie. Er begründet dies damit, daß höchstwahrscheinlich während des freien Intervalls, wo der progrediente Prozeß sich allmählich entwickelt, die Gelegenheit für Variationen in der Art und Ausbreitung desselben von Fall zu Fall viel größer ist, als im Bereich der direkten Rindenveränderungen, wie sie für die nicht intervallären Formen anzunehmen sind. Auch soll der Umstand dafür sprechen, daß, wie wir weiter unten sehen werden, bei jenen das Nervensystem meist schon vor der Vergiftung durch anderweitige schädigende Momente geschwächt ist und sich gewissermaßen in einem krankhaften, labileren Zustande befindet.

Für die nichtintervallären Formen ist natürlich ein solches Zwischenglied überflüssig. Dieselben werden durch die direkte Giftwirkung, welche Erweichungen, Faserdegenerationen usw. hervorrufen, genügend erklärt. *Sibelius* fragt weiter: „Warum entwickeln sich in einigen Fällen von CO-Intoxikationen durch einen progressiven Prozeß charakterisierte intervalläre Späterkrankungen, in andern nicht?" Die Schwere der Vergiftung sei dafür nicht verantwortlich zu machen, weil schon a priori eine sehr schwere Vergiftung nicht so schnell abklingen könne, wie das bei vielen der Fälle beobachtet ist. Auch die Annahme, daß verschiedene Gasgemische oder gar Leuchtgas und Kohlendunst so verschieden wirkten, sei hinfällig. Zwar beständen gewisse Unterschiede in der Wirkung zwischen Leuchtgas und Kohlendunst sowie zwischen andern Gasen, welche Kohlenoxyd enthalten (es fehlt z. B. beim Leuchtgas die psychische Erregung und zerebrale Reizung, wie sie beim Kohlenoxyd vorkommt infolge der CO_2-Komponente desselben), doch wären intervalläre und nichtintervalläre Formen ohne Unterschied sowohl nach Kohlendunst wie nach Leuchtgas aufgetreten, und auch in bezug auf die verschiedenen sonstigen Verlaufsweisen innerhalb dieser Gruppen hätten sich keine Unterschiede finden lassen. *Sibelius* behauptet nun, daß als wesentliches Moment die Konzentration und Einwirkungsart des Gasgemisches für die Art der nachfolgenden Psychose maßgebend sei. Er fand, daß bei jungen, kräftigen Leuten (wie auch in seinem Fall 1) ein Intervall fast stets dann auftrat, wenn es sich um kurze, aber intensive Einwirkung eines konzentrierten Gasgemisches handelte. In andern Fällen, welche nicht diesen Vergiftungsmodus zeigten, konnte *Sibelius* meist irgendein anderes schädigendes Hilfsmoment neben dem Kohlenoxyd nachweisen, z. B. gleich-



zeitige Einwirkung großer Hitze, oder als „endogene“ Momente jeder Art körperlicher Schwäche und Krankheit (bei älteren Leuten besonders Arteriosklerose). Über die Grundlage der verschiedenartigen Krankheitbilder innerhalb der beiden Gruppen lassen sich jedoch kaum Vermutungen aufstellen. Wissen wir doch auch bei den entsprechenden verschiedenartigen Symptomenkomplexen, die bei andern exogenen Krankheitursachen zur Entwicklung kommen, bisher nichts Sicheres über die Ursache dieser Variationen.

Wie wir im klinischen Teil gesehen haben, sind häufig hysterische Symptome nach CO-Vergiftung zu beobachten. In einem Teil der Fälle ist dabei wohl mit der bekannten Erscheinung zu rechnen, daß hysterische Eruptionen durch organische Leiden geweckt werden. Manche von ihnen lassen sich vielleicht auch durch organische Gehirnprozesse direkt erklären, wie es *Sibelius* will, indem er dafür hauptsächlich Linsenkernherde verantwortlich macht, welche infolge ihrer anatomischen Lage sehr gut die sensiblen und sensorischen Bahnen alterieren und so Hemianästhesien, Hemianopsien, Hemiakusien wie auch totale Analgesien usw. hervorrufen können. Auch die CO-Amnesien, welche oft als hysterisch beurteilt werden, sind in der Mehrzahl der Fälle sicher organischen Ursprungs, d. h. Folge der durch CO bedingten diffusen Hirnschädigung. Es sind sogar nach *Sibelius* bedeutende retrograde Amnesien ohne gleichzeitig vorhandene anterograde Amnesie auch mit der Annahme einer organischen Grundlage für diese Störung vereinbar. Die Analogie mit den Amnesien bei Commotio cerebri und bei Strangulation liegt hier sehr nahe. Auch diese werden wir zumeist nicht als psychogene, sondern als unmittelbar durch die betreffende Schädigung bedingte, somit als organische ansprechen, ohne jedoch Herde zur Erklärung heranzuziehen. Es handelt sich eben um den Ausdruck einer allgemeinen Rindenerkrankung.

Diagnose.

Wenn wir auch mancherlei besondere Züge im Verlauf und in den Symptomen bei CO-Psychosen gesehen haben, so ist doch wie bei den sonstigen, durch exogene Ursachen bedingten psychischen Störungen auch hier die Diagnose ohne Vorgeschichte selbst auf Grund längerer Beobachtung nicht zu stellen. Die Anamnese ist hier nicht nur ein Hilfsmoment bei der Diagnose, sondern sie ist unentbehrlich. Es

entspricht dies der Wichtigkeit des ursächlichen Momentes, welches die Kohlenoxydvergiftung bildet, denn es handelt sich um eine einmalige, meist schwere Schädigung des Gesamtorganismus, welche eine akute Krankheit zur Folge hat. Auch die relative Seltenheit einer Kohlenoxydvergiftung als Ursache von Psychosen ist dafür maßgebend (über die Diagnose der vorausgegangenen Kohlenoxydvergiftung selbst s. toxikologische Einleitung). Ist der Nachweis einer solchen nun amnestisch sichergestellt, so hat man weiter die Frage zu entscheiden: Liegt eine echte Kohlenoxydpsychose vor oder gehört das Krankheitbild einer andern bekannten Gruppe von geistigen Störungen an, so daß die Vergiftung nur die Rolle des agent provocateur spielt, oder überhaupt nur ein rein zeitlicher Zusammenhang besteht? Diese Frage muß bei der Diagnose stets erwogen werden und macht in zweifelhaften Fällen oft große Schwierigkeiten. Man hat zunächst genau die Symptome zu prüfen und unter denselben die für CO-Vergiftung charakteristischen Symptome, Apathie, Demenz, Gedächtnisstörungen usw. nachzuweisen. Ferner muß man nachforschen, ob ein Intervall vorhanden und wie der Verlauf im ganzen war. Nach diesem positiven Teile der Diagnose handelt es sich in zweiter Linie darum, das Krankheitbild von andern ähnlichen Formen differentialdiagnostisch zu trennen. Schließlich ist es erwünscht, den Kongruenznachweis mit einer von den bekannten Untergruppen zu führen (Pseudoparalysen, akute Demenzen usw.).

Über die Differentialdiagnose sei folgendes gesagt: *Sibelius* hat in seiner Arbeit den Versuch unternommen, eine genaue Trennung andern ähnlichen Krankheitformen gegenüber durchzuführen, wobei er vor allem progressive Paralyse, Dementia praecox, senile, arteriosklerotische Demenz, Neurasthenie, Hysterie in den Kreis seiner Betrachtung zieht. Ich schließe mich hier seinen Ausführungen teilweise an: Von der Dementia paralytica unterscheiden sich die regressiven CO-Demenzen in der Hauptsache schon durch den Verlauf. Aber auch die progressiven Formen lassen sich in den meisten Fällen von der Paralyse trennen. So sind die für letztere charakteristischen Lähmungserscheinungen bei den CO-Psychosen nicht so konstant und weit unregelmäßiger. Ferner fehlt hier der mehr gleichmäßig fortschreitende Verfall der geistigen Kräfte. Auch Wahnideen treten zurück, besonders ist ein so blühendes Wahnsystem, wie bei der Paralyse,

niemals bei den CO-Psychosen beobachtet worden. Ferner ist ein so kurzer tödlicher Verlauf (einige Wochen bis Monate) bei der Paralyse außerordentlich selten, und wo er vorkommt, wie bei den galoppierenden Paralysen, ist meist eine hochgradige Erregung vorhanden, im Gegensatze zu dem dementen Wesen bei diesen Kohlenoxydpsychosen. Auch in gewissen Einzelsymptomen ergeben sich Unterschiede, so treten z. B. die Motilitätstörungen nicht selten in Form einer Paraplegie der Beine auf. Weiter läßt die Sprachstörung meist den typischen paralytischen Charakter vermissen, auch ist das Verhalten der Patellarreflexe ein anderes: dieselben sind bei den Kohlenoxydpsychosen fast stets gesteigert, während sie bekanntlich bei der Paralyse nicht selten abgeschwächt oder erloschen sind. Gegenüber den progressiven CO-Demenzen führt *Sibelius* noch die diffuse Gehirnlues, besonders deren schnell progrediente Form an, welche sich neben den etwaigen ätiologischen Daten besonders durch die anfangs vorherrschenden Kopfschmerzen auszeichnet, und bei welcher die plötzliche Entwicklung einer so schweren Demenz wie bei den betreffenden CO-Psychosen eine Seltenheit ist. Ferner finden sich bei schneller Lues cerebri oft Erregungzustände und von körperlichen Symptomen die charakteristischen Hirnnervenlähmungen, welche in der Weise bei CO-Psychosen kaum vorkommen. Arteriosklerotische und senile Demenz können in höherem Alter differentialdiagnostisch in Betracht kommen; doch sind die Kohlenoxydpsychosen, wie früher gezeigt wurde, bei alten Leuten meist intervallär und progredient, so daß schon durch die Entstehung und den schnellen Verlauf ein Unterschied gegeben ist. Bei mehr gleichmäßig stationärem Verlauf würden andererseits die bei Kohlenoxyddemenzen häufigen körperlichen Symptome von differentialdiagnostischem Wert sein. Gegen die Zugehörigkeit zur Dementia praecox, an die bei manchen Fällen (Dementia acuta usw.) zu denken ist, sind vor allem die amnestischen Störungen zu verwerten. Auch ist die Apathie bei den CO-Psychosen mehr allgemeiner und erstreckt sich in gleicher Weise auch auf die Intelligenz und Urteilkraft, während bei der Dementia praecox mehr die rein gemütliche Verblödung prävaliert. Gegen Dementia praecox spricht ferner, daß Stereotypien, Negativismus, Manieren nicht vorhanden oder nur in geringerem Grade angedeutet sind. Auch der nicht seltene Verlauf mit Ausgang in Heilung ist ein anderer wie bei der Dementia praecox, bei der doch temporäre



bzw. Dauerheilungen nur zum kleinen Teil vorkommen. Was die Abgrenzung der sehr verschiedenartigen psychopathischen Konstitutionen und nervösen Schwächezustände von Hysterie und Neurasthenie anlangt, so spricht nach *Subelius* gegen Hysterie z. B. das oft fehlende Interesse für das eigene „Ich", die Gleichgültigkeit für die eigene Lage, die Abwesenheit jeder Ostentation und das gutmütige, langsame Wesen sowie der geringe Wechsel der Erscheinungen; gegen Neurasthenie unter anderem der meist gute Schlaf, die gleichmäßig gute Stimmung, das mehr oder weniger plötzliche Einsetzen der Beschwerden usw. Es lassen sich somit viele CO-Psychopathien als mehr oder weniger selbständige Krankheitzustände abgrenzen, wobei jedoch nicht ausgeschlossen ist, daß hysterische und neurasthenische Symptome, wie bei allen Formen von CO-Psychosen überhaupt, so auch hier oft mitunterlaufen. Reine Formen dieser Neurosen, welche nach CO-Vergiftung auftreten, dürften sich durch das Überwiegen der charakteristischen Symptome meist leicht erkennen lassen. Betonen möchte ich hier jedoch noch besonders, daß diese differentialdiagnostischen Momente nicht nur auf die CO-Psychosen allein Bezug haben, sondern in gleicher Weise für alle exogenen psychischen Störungen gelten, denn die Kohlenoxydpsychosen stellen, wie schon oben gezeigt wurde, weder klinisch noch pathogenetisch spezifische Krankheitformen dar, sondern sind lediglich Symptomenkomplexe, welche in ziemlich analoger Weise auch nach andern Schädlichkeiten (Traumen, Infektionen usw.) auftreten und durch Abnahme der Intelligenz und des Gefühllebens, allgemeine nervöse Schwäche, besonders aber durch die amnestischen Störungen charakterisiert sind.

Prognose und Therapie.

In bezug auf die Prognose lassen sich keine allgemeinen gültigen Sätze aufstellen. Höheres Alter sowie stärkere körperliche Symptome dürften die Prognose auch quoad vitam ungünstig gestalten. Dagegen kann die Schwere der Vergiftung allein wohl kaum Anhaltpunkte geben, auch lange Bewußtlosigkeit und heftige Erregungen sind prognostisch nicht zu verwerten. Einige positive prognostische Schlüsse, welche *Sibelius* aus seinen Fällen zieht, scheinen jedoch von Bedeutung zu sein. Ich will dieselben hier daher kurz anführen:

Hinsichtlich des Auftretens einer Späterkrankung nach einem



freien Intervall sollen ältere Leute mit veränderten Gefäßen prädisponiert sein. Gehen bei diesen nach einer langen Bewußtlosigkeit die ersten Intoxikationserscheinungen in einigen Tagen zurück, so hat man eine mehr oder weniger schwere Nachpsychose mit Wahrscheinlichkeit zu erwarten. Ein zweites hierfür verwertbares Moment soll der Vergiftungsmodus sein: Wenn es sich um eine kurze (einige Minuten), aber intensive CO-Einwirkung handelt und sich nachher eine lange Bewußtlosigkeit mit nachfolgenden schweren Intoxikationsymptomen anschließt, so ist das Auftreten einer Nachkrankheit, wenn auch die anfänglichen Symptome ganz zurückgehen, sehr wahrscheinlich. Auch über den etwaigen letalen Ausgang macht *Sibelius* Angaben, er sagt: „Die nichtintervallären Demenzen und sonstigen psychischen Störungen geben mit ihren gleichmäßig verlaufenden Krankheitbildern eine quoad vitam günstige Prognose. Unter den nach einem Intervall einsetzenden Formen führen die mit schweren kapsulären oder kortikalen Herderscheinungen verbundenen Fälle, ebenso die Fälle, wo es sich um alte Personen handelt, meistens zum Tode, und zwar am öftesten innerhalb relativ kurzer Zeit (Wochen, Monate)."

In bezug auf die Therapie ist nicht viel zu sagen. Dieselbe kann natürlich nur eine symptomatische sein und muß den Indikationen des einzelnen Falles gerecht werden. Berechtigt erscheint die Forderung von *Sibelius*, die Behandlung auch nach Aufhören aller initialen Erscheinungen zwecks Verhütung einer Nachkrankheit mindestens noch mehrere Wochen lang fortzuführen.

Kasuistik.

Ich lasse jetzt die Beschreibung zweier Fälle folgen, welche in der hiesigen psychiatrischen Universitätsklinik beobachtet wurden:

Fall 1. Friedrich U. (48 Jahre alt, Heredität, Potus negativ, anamnestisch außer stillem etwas verschlossenem Wesen nichts Besonderes) zog sich infolge frühzeitigen Schlusses der Ofenklappe seines Schlafzimmers am 9. November 1909 eine Kohlenoxydvergiftung zu. Er war bewußtlos und konnte, wie aus dem Bericht von Dr. *Czygan* hervorgeht, erst nach stundenlangen Bemühungen ins Leben zurückgerufen werden. Außer einer leicht gedrückten Stimmung zeigte er weiter keine Störungen, mußte jedoch wegen eines Lungeninfarktes am 20. November 1909 ins Krankenhaus von Neuhausen aufgenommen werden. Bald nach seiner Entlassung von dort, welche am 30. November erfolgte, soll er dann plötzlich „irre"



geworden sein. Über das Nähere berichtet die Krankengeschichte aus der Provinzialanstalt Allenberg folgendes: Er war gleichgültig und vergeßlich, stumpf, spielte sinnlos, goß Wasser zwecklos aus einer Schüssel in die andere. Auf einer Bahnfahrt nach Königsberg stieg er unmotiviert auf einer Zwischenstation aus und wurde später vom Chausseeaufseher ohne Mütze im Schnee liegend aufgefunden. Er wurde dann nach dem Krankenhaus der Barmherzigkeit in Königsberg gebracht und von dort wegen Geisteskrankheit nach Allenberg übergeführt. Er war hier vom 23. XII. 09 bis 29. III. 10. Über seinen damaligen Zustand gibt die Krankengeschichte weiter an: Blasser, stumpfer Gesichtsausdruck. Linke Pupille etwas größer als die rechte. Lichtreaktion normal. Nasolabialfalte ist rechts verstrichen, und der Mund hängt etwas herab. Pat. kann nicht pfeifen, ist in seinen Bewegungen unsicher. Beim Gang Tasten nach feststehenden Gegenständen. Deutliche Sprachstörung (Silbenstolpern) und Schriftstörung, kann nicht von hundert rückwärts zählen, auch nicht die Wochentage in umgekehrter Reihenfolge aufsagen, weiß nicht das Gegenteil von „stumpf" oder „hell". Pat. ist gänzlich uninteressiert, liegt meist zu Bett, verhält sich still, ruhig. Auf Fragen besinnt er sich längere Zeit, bis er antwortet. Macht leidlich gute Angaben über seine Vorgeschichte, weiß, daß er zuletzt in K. als Inspektor tätig war, und daß er sich dort vergiftet hat, kann jedoch den Zeitpunkt nicht genauer angeben, meint, es sei vor vier Wochen gewesen. Gibt an, er sei gesund, habe keine Beschwerden, doch sei der Verstand nicht ganz klar. Zeitweise Schwindel im Kopf, kennt nicht den Unterschied von Pferd und Kuh, Berg und Gebirge usw. Örtlich und zeitlich ist er nicht orientiert. Halluzinationen wurden nicht beobachtet. Am 12. II. 10 konnte eine wesentliche Besserung konstatiert werden: War geistig viel reger, beschäftigte sich auf derStation, war imstande, alle die Fragen richtig zu beantworten, die er vorher nicht hatte beantworten können. Am 29. III. 10 gebessert zu seinem Bruder entlassen.

Aus einem Gutachten von Dr. *Klix* (12. Nov. 10) geht hervor: Subjektive Klagen: Kopfschmerzen, Gedankenschwäche, sei zerstreut, könne keine Arbeit als Inspektor verrichten. Kreuzschmerzen. Objektiver Befund: Reflexe lebhaft, keine Lähmungserscheinungen. Bei geschlossenen Augen kein Schwanken, ist orientiert, macht über Vergangenheit richtige Angaben. Keine Wahnideen. Intelligenz nicht bedeutend, rechnet zwar leidlich, kann jedoch das Sprüchwort: Morgenstunde hat Gold im Munde, nicht erklären. Äst. 40%, abgelaufene Psychose, kann leichte landwirtschaftliche Arbeiten verrichten, auch Aufsicht führen.

In einem zweiten Gutachten von Dr. *Kohtz* (am 22. II. 11) werden nervöse Symptome konstatiert, Zungenzittern, Dermographie, gesteigerte Reflexe, die aber nicht zur Invalidität genügten.

Am 22. II. 11 fand er in der hiesigen psychiatrischen Universitätsklinik Aufnahme. Hier wurde folgender Befund erhoben:

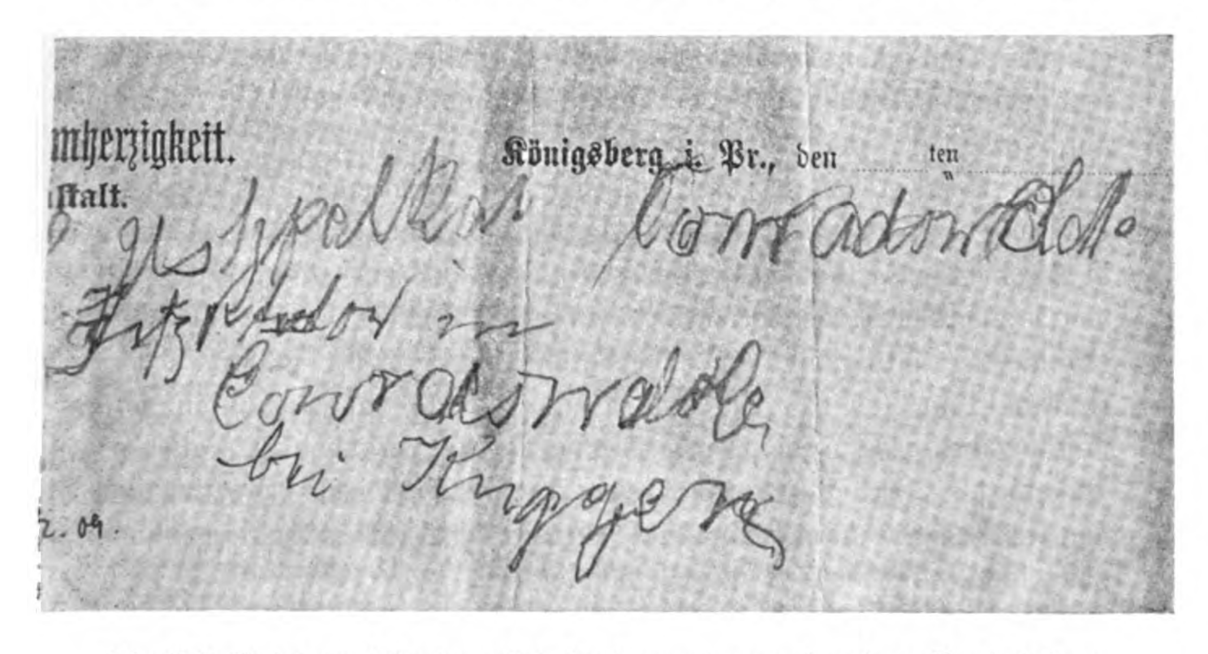


Kräftiger Mann. Guter Ernährungszustand. Innere Organe o. B. Blut: 60% Hämoglobin. Steigerung der Sehnenreflexe und der mechanischen Muskelerregbarkeit. Dermographie. Zittern der Zunge und Hände. Druckempfindlichkeit der Nerven und Muskeln an Brust, Armen und Beinen, ohne wesentliche elektrische Reaktionsänderung. Psychisch keine gröberen Störungen mehr nachweisbar. Keine Wahnideen noch Sinnestäuschung. Völlige Einsicht in das Krankhafte seines früheren Zustandes. Intelligenz und Gedächtnis, speziell die Merkfähigkeit ohne wesentliche Störungen. Macht über seine Vorgeschichte und die Kohlendunstvergiftung zutreffende Angaben, rechnet gut und mit genügender Schnelligkeit, weiß die letzten Kriege, die Deutschland geführt hat, richtig mit den Jahreszahlen anzugeben, nennt jedoch als Hauptschlacht des Krieges 1870/71 Metz. Weihnachten sei das Fest der Geburt Christi. Pfingsten? „Habe ich vergessen, da ist Jesus auferstanden." Ostern? „Weiß ich nicht." In seinem sonstigen Verhalten fällt außer einer gewissen Schwerfälligkeit und leichter Ermüdbarkeit nichts auf. Pat. ist ruhig und geordnet, örtlich und zeitlich orientiert. Seine subjektiven Beschwerden bestehen in Kopf-, Brust- und Rückenschmerzen. Auch Arme und Beine täten ihm weh, ferner klagt er, daß er oft Urin lassen muß, habe schlechten Schlaf, Schwindel, Zittern, Ohrensausen und zeitweise Herzklopfen.

Betrachten wir den Fall nach den gegebenen Daten, so haben wir zweifellos eine Geistesstörung regressiver Art vor uns, die durch die CO-Vergiftung entstanden ist. Zwar ist die exakte Diagnose, der Nachweis des Kohlenoxydhämoglobins, nicht gleich gestellt worden, doch läßt die Entstehungweise keine andere Deutung zu. Nach dem Bericht von Dr. *Czygan* war die Ofenklappe des Schlafzimmers beim Betreten desselben noch geschlossen. Patient selbst war besinnunglos und konnte erst nach stundenlangen Bemühungen wieder ins Leben zurückgerufen werden. Weiter spricht dafür das Vorhandensein eines deutlichen Intervalls: vom Tage des Unfalls (9. November) bis ungefähr zum 30. November war er nur etwas gedrückter Stimmung, dann brach die Geisteskrankheit aus: er wurde gleichgültig, stumpf, vergeßlich. Leider enthält die Krankengeschichte aus dieser Zeit keine genauere Prüfung der Gedächtnisleistungen, doch kann man mit ziemlicher Sicherheit annehmen, daß zum mindesten Störung der Merkfähigkeit vorgelegen hat. So ist auch seine verunglückte Eisenbahnfahrt nach Königsberg zu erklären, wobei er schon auf einer Zwischenstation unmotiviert ausstieg. Offenbar hatte er vergessen, wohin und zu welchem Zwecke er reisen wollte. Er irrte dann zwecklos umher, bis er ohne Mütze im Schnee liegend aufgefunden wurde, woraus seine



völlige Ratlosigkeit und zugleich Interesselosigkeit für seine eigene Lage hervorgeht. Er hätte doch sonst zum wenigsten ein Unterkommen gesucht. Als Zeichen amnestischer Störungen ist auch wohl aufzufassen, wenn er die Wochentage nicht rückwärts sagen, das Gegenteil von stumpf oder hell nicht angeben kann, wenn er den Unterschied von Berg und Gebirge, Pferd und Kuh nicht weiß. Die Beobachtung, daß er Wasser aus einer Schüssel zwecklos in die andere goß, ist vielleicht im Sinne einer Apraxie zu deuten. Sprache und Schriftstörung ergänzen weiter das Bild. Besonders auf die letztere möchte ich aufmerksam machen, indem ich eine Schriftprobe (Probe 1) beifüge.



Die Schrift ist nachlässig, zeigt Auslassung von einzelnen Buchstaben, Vermischung deutscher und lateinischer Schriftzeichen, unregelmäßige Linienführung. Das Wesen dieser Schriftstörung muß man wohl als amnestisch bezeichnen. Der Kranke hat das Schreiben zum Teil verlernt und vergessen. Er findet sich nicht mehr zurecht, kann keine Linie mehr einhalten usw. Auch Ataxie und Tremor sind vorhanden, so daß man stark an paralytische Schreibstörung erinnert wird.

Fassen wir die Symptome zusammen, so ist es am einfachsten, den Fall als Korsakow-Psychose zu betrachten. Dafür spricht besonders die Andeutung von neuritischen Störungen, welche in der hiesigen Klinik beobachtet wurden. Auch die anfängliche Apathie, daß Patient uninteressiert zu Bette lag und nur langsam auf Fragen antwortete,

ist nichts Ungewöhnliches beim Korsakow. Will man den Fall mit einer von den *Sibelius*schen Formen in Parallele stellen, so würde er vielleicht am ehesten den akuten Demenzen zuzurechnen sein, denn es handelt sich um eine intervalläre, regressive Psychose mit Apathie, Demenz und amnestischen Störungen.

Der weitere Verlauf des Falles ist relative Heilung mit Ausgang in einen nervösen Schwächezustand vom Charakter der Neurasthenie. Etwa vier Monate nach Beginn der Erkrankung wird er wesentlich gebessert aus der Anstalt entlassen. Er ist geistig viel reger, beantwortet alle Fragen richtig. Sämtliche Beschwerden sind jedoch nicht geschwunden, er klagt über verschiedene nervöse Störungen, Kopfschmerz, Gedankenschwäche, allgemeine Hinfälligkeit, so daß er nicht mehr seinen Beruf als Inspektor ausfüllen könne, und stellt den Antrag auf Gewährung der Invalidenrente. Die Gutachten von Dr. *Klix* und Dr. *Kohtz* stellen nervöse Symptome auf Grund einer abgelaufenen Psychose fest, die aber nicht zur Invalidität genügten. Der Befund in der hiesigen Klinik bestätigt dies. Er ergibt eine ausgesprochene neurasthenische Konstitution mit erhöhten Reflexen, Tremor, Dermographie, Ermüdbarkeit usw. Die falschen bzw. negativen Antworten (Ostern, Pfingsten usw.) möchte ich auch mehr auf eine durch Ermüdung bedingte Unlust zurückführen als auf wirkliche amnestische Unkenntnis. Interessant sind noch, wie schon bemerkt wurde, die neuritischen Symptome und die Schriftstörung, die sich jedoch fast ganz im Laufe der Zeit zurückgebildet hat.

Die zusammenfassende Diagnose des Falles würde etwa lauten: Korsakowsches Syndrom mit Ausgang in neurasthenische Konstitution oder nervösen Schwächezustand.

Fall 2. Karl F. (43 Jahre alt, früher gesund, Alkoholismus nicht wesentlich), erlitt in der Nacht vom 16.—17. I. 08 infolge schlechter Funktion des Ofens (Näheres siehe unten) eine Kohlendunstvergiftung. Dr. *Arlart*, der zuerst hinzugezogen war, fand ihn morgens um 7 Uhr stark röchelnd und bewußtlos vor. Das Gesicht war kühl, mit Schweiß bedeckt und sah blau aus. Der Puls war klein, stellenweise aussetzend. Nach Anwendung künstlicher Atmung und Kampfereinspritzung zeigten sich um 11 Uhr Zeichen selbsttätiger Atmung, worauf Pat. innerhalb dreiviertel Stunden zum Bewußtsein kam. Er erholte sich dann leidlich, war nur im ganzen etwas matt. Nach 14 Tagen nahm er seine Geschäftsreisen wieder auf. Die ersten Zeichen von geistiger Störung zeigten sich am 10. II.: Nachdem er wieder abgereist war, kam er nach drei Tagen



plötzlich heim, war unwirsch, sagte zu seiner Frau: „Das geht Dich gar nichts an." Am nächsten Tage fuhr er wieder ab, kehrte aber schon abends zurück, wußte nicht, wo er war. Ein nochmaliger Reiseversuch endete damit, daß ihn ein Bekannter zurückbrachte, dem er „sonderbar vorkam". Am 20. Februar wurde er dann von Prof. *Meyer* zuerst untersucht:

Er machte einen unklaren Eindruck. Personalien richtig. Datum?: 18. (20!). Monat?: weiß ich nicht. Tag?: Donnerstag, Freitag (Donnerstag!), Wie lange wohnen Sie hier?: vier Jahre (ein Jahr!). Wo zuletzt auf Reisen?: keine Antwort. Wo gestern?: In der medizinischen Klinik (richtig!) Nachher?: Auf den Hufen mit meiner Frau (falsch!). Wann zuletzt im Geschäft?: Montag mit dem einen Herrn gesprochen (falsch!). Eine Zahl (742) nach zwei Minuten vergessen, sie sei dreistellig gewesen. 7 × 8 = 56. 51 — 13? = weiß ich nicht. 2000 Mk. zu 3½% im Jahr?: Das kann ich nicht.

Körperlich: mittlerer Ernährungszustand, Pupillenreaktionen ohne Störung, Sehnenreflexe lebhaft, Überempfindlichkeit der Beine. Muskulatur und große Nervenstämme an den unteren Extremitäten druckempfindlich.

Pat. wurde dann am 26. II. nach dem Sanatorium Berolinum bei Lankwitz gebracht. Aus der ausführlichen Krankengeschichte sei eine Unterrredung hier wörtlich wiedergegeben:

29. II. 08. Wer ich?: Herr Professor Dr. .... (stützt den Kopf auf den Arm, nachdenklich) K., nicht? — — Medizinalrat, vorher in Pr.-Eylau, ein ganz feines Nest. — Also K.?: Ich schließe, weil es mir so nahe liegt; wenn ich mich irre, bitte ich um Entschuldigung. — Wo hier?: In Berlin-Lankwitz, Straßennummer gibt's hier nicht, aber Sanatorium Berolinum ist auch falsches Latein, muß richtig der Genetiv sein. — Warum hier?: Der Herr Pfleger Schulz sagt, um mich zu erholen. Er heißt Erich Schulz. Die Kerls müssen alle auf einen Namen getauft werden, — der Herr Direktor Schulz, der die Bücher führt, was er sonst noch ist, weiß ich nicht. — Bücher?: Na, die Geschäftsbücher, die Rechnungen, wie sie in jedem Geschäft, Sanatorium sind. — Gesund?: Ich nehme an. Sie haben mich alle durch die Bank untersucht, und ich fühle keinen Fehler. — Warum hier?: Ich fühle mich nicht krank, manchmal wird einem eine Krankheit eingeredet, die man selbst nicht kennt, das habe ich verschiedentlich gesehen. Die ganze Schererei wegen der Kohlenoxydvergiftung, das ist ganz Lankwitz nicht wert. — Woher?: Aus Königsberg. Das ist heute Montag, Montag vor drei Wochen. — Mit wem?: Mit meiner Gattin. — Wo diese?: Nach Königsberg zurück, was soll sie hier! — Sie hier?: Wenn Sie mir nur ein Attest geben würden, fahre ich sofort hin. — Attest?: Daß ich meinem Beruf nachgehen kann. Wenn ich zurückkomme, muß ich der Unfallversicherung etwas vorlegen, sonst kriege ich nichts. — Was soll ich attestieren?: Meinen Aufenthalt im Krankenhause hier jedenfalls, für die Unfallversicherung, sonst bezahlen



die Leute nichts. — Bezahlen?: Die mir zustehende Haftpflichtsumme. — Datum heute?: 5. März 1907, stimmt nicht, muß mehr sein, ohne Wandkalender ist nichts zu machen, in Zukunft werde ich ihn einstecken. — Zeit jetzt?: halb fünf — zu hoch gegriffen wird es nicht sein. — Heute mittag gegessen?: Bißchen Suppe, — wie der Herr Pfleger sagt, gedämpfte Rinderrippen. Das ist zwar auch nicht wahr, aber schadet ja nichts. — Nicht wahr?: Unter gedämpften Rinderrippen verstehe ich ganz etwas anderes, das können die Leute hier nicht machen, nicht einmal nachsprechen. — Schon Kaffee getrunken?: Nein, Kaffee habe ich seit drei Wochen nicht getrunken, einmal nach Tisch, da war er so stark, daß ich ihn nicht runterkriegen konnte. Kaffee können die Deutschen nicht kochen, das ist eine alte Geschichte. — Datum heute?: 6. März 1907. Zeit jetzt?: 3/45 — nach dem Ende, was Sie geschrieben haben. — Wo gestern?: Hier in Lankwitz, im Berolinum. — Was gemacht?: Gelesen. Das Schlafen ist hier ein sehr schwieriges Geschäft. — Warum?: Weil die halbe Nacht hier geklappert wird mit den Billardkugeln. — Nacht?: Wenn ich um 9 zu Bette gehe, wird es 3/410 und darüber. — 1, 2, 3, 4, 5. 6, 7, 8, 9 gut nachgesprochen. — Rückwärts: 2, 3, — — — — — Sie sollen die Zahlen rückwärts nachsprechen: ach, rückwärts: 4, 3, 2. — — — — —, so richtig oder nein?, 4, 3, 2, 1 (zuckt mit den Achseln), wer kann das im Kopf behalten! 6, 8, 10, 12, 14 = 6, 8, 10, 12, 14. — Nochmals: 6, 8, 10, 12, 14. — Rückwärts: = 14, 13, 12, 11, 10, 9. 8, 7, 6, 5, 4, 3, 2, 1.

Im übrigen traten dort die nämlichen, von Prof. *Meyer* (s. oben) konstatierten psychischen Symptome hervor: Er war mangelhaft orientiert, versagte für frische Eindrücke anfangs völlig, vergaß alles nach kurzer Zeit, zeigte schwankende überwiegend humoristische Stimmung, ferner Rededrang, Neigung zu Konfabulationen. Auf körperlichem Gebiet bestand anfangs Druckempfindlichkeit der Beinnerven und eine eigenartige Störung der Schrift (s. unten). Allmählich trat Besserung ein. Pat. erlangte volle Krankheiteinsicht, vergaß nicht mehr so leicht, war orientiert auch in bezug auf seine Umgebung, konnte die Namen des Oberwärters und der übrigen Pfleger angeben, rechnete besser. Seine Stimmung war jedoch noch unfrei und leicht reizbar. Auch sein Allgemeinbefinden ließ zu wünschen übrig, er klagte über Kopfschmerzen usw. Auf die näheren Details der Krankengeschichte in Lankwitz will ich hier nicht eingehen, und möchte nur hervorheben, daß die sehr eingehend von Herrn Dr. *Juliusburger* aufgenommenen Daten keine deutlichen aphasischen Symptome noch gröbere retrograde Gedächtnisstörungen aufweisen. In bezug auf seinen Unfall machte Pat. zutreffende Angaben, er habe sich in St. im Hotel eine schwere Kohlendunstvergiftung zugezogen. Der Ofen sei ein Kachelofen gewesen. Auch die früher als Apotheker erworbenen Kenntnisse sind ihm geläufig (Basen von Opium?: Thebain, Narkotin usw.). Sehr beachtenswert ist aus der Krankengeschichte die



Schriftstörung, auf welche ich unten zurückkommen werde. Nach einem kurzen Aufenthalt in einem Sanatorium in Zehlendorf wurde Pat. am 29. IV. 08 nochmals von Prof. *Meyer* untersucht: Sein Verhalten war ruhig und geordnet, er war zeitlich und örtlich orientiert, wußte, daß er in Lankwitz gewesen war. Es gehe ihm viel besser, doch strenge ihn Lesen und Schreiben noch sehr an. Er habe noch viel Schmerzen im Kopfe und Rücken sowie in den Beinen und vergesse noch sehr schnell. Pat. erschien auffallend heiter und redselig. In der Folgezeit besserte sich das Befinden anfangs deutlich, schwankte aber nachher viel, da er noch oft an Kopfweh und Schmerzen in den Beinen litt und über schlechtes Gedächtnis und leichte geistige Ermüdbarkeit klagte. Er wurde deshalb weiter ambulant behandelt. Etwa ein Jahr nach dem Unfall (am 29. XII. 08) konnte Herr Prof. *Meyer* noch folgende Symptome konstatieren: Linke Pupille etwas weiter als die rechte, Lichtreaktion positiv, etwas träge. Nystagmus angedeutet. Rechte Nasolabialfalte flacher als links. Zunge zittert, weicht etwas nach rechts ab. Trigeminuspunkte sehr druckempfindlich, besonders rechts. Romberg angedeutet. Tremor der Hände. Allgemeine starke Druckempfindlichkeit der Nerven und Muskeln. Bewegungen der Arme und Beine aktiv wie passiv frei und elektrisch-galvanisch nirgends E. A. R., prompte Zuckung.

Psychisch: Orientiert, geordnet, ermüdet leicht, rechnet unsicher: 51 — 19 = ... 30. 8 × 11 = 88, 7 × 12 = 84, 9 × 8 = 72 (prompt 3284 behalten!) — 16 + 17 = 33, 68 + 29 = 97 (addieren besser). — Wie heißt die vorhergenannte Zahl?: 3..., war „8" darin. — 83 — 17 = ... 66 (3 Sekunden). 141 — 33 = 108 (6 Sekunden). $^2/_5$, $^1/_8$, $^3/_6$, $^7/_9$, $^4/_7$ nachsprechen! = $^2/_5$, $^1/_6$, $^3/_8$ $^9/_7$.

Weiterhin ähnliches Verhalten.

Dieser Fall ist ein typischer Korsakow und als solcher durch die gegebenen Daten auf den ersten Blick zu erkennen. Hinsichtlich der Ätiologie möchte ich zunächst anführen, daß trotz der fehlenden Blutuntersuchung zweifellose Kohlenoxydvergiftung vorgelegen hat. Patient bot nach dem Bericht von Dr. *Arlart* und Dr. *Andruczat* unmittelbar nach der Vergiftung den typischen Befund: Pupillen erweitert, Atmung schnarchend, Gesicht blaurot, Puls klein und beschleunigt. Außerdem handelte es sich um fehlerhafte Konstruktion des Ofens: eine Ofenklappe war hier zwar nicht vorhanden, jedoch rauchte der Ofen in dem betreffenden Zimmer nach Aussage mehrerer Zeugen bei West- und Südwestwind notorisch in einem Maße, daß das Zimmer dann unbewohnbar war. In der betreffenden Nacht hatte nach den einwandfreien Bekundungen der Zeugen das Wetter umgeschlagen. Am Tage vorher hatte es gefroren, abends um 10 Uhr wurde Tauwetter




bemerkt, das offenbar von West- bzw. Südwestwind begleitet war. Weiter kommt hinzu, daß auch die Frau des Patienten, nachdem sie die folgende Nacht in dem betreffenden Zimmer zugebracht hatte, wo inzwischen wieder geheizt war, Erbrechen und Kopfschmerzen ohne sonstige Ursache bekam. Nimmt man noch dazu, daß der Kranke vorher stets nüchtern und gesund war, so fehlt für die Wirkung eines Schlaf- oder Betäubungsmittels, ganz abgesehen davon, daß ein solches bei der Durchsuchung der Sachen nicht gefunden werden konnte, jeder Anhaltpunkt. Auch die späteren klinischen Symptome sind kaum anders als durch Kohlenoxydwirkung zu erklären. Ein Zweifel hinsichtlich der Ätiologie ist demnach unmöglich.

Was die klinischen Symptome anlangt, so treten Störung der Merkfähigkeit, Erinnerungfälschungen dominierend hervor. Auch die neuritischen Erscheinungen fehlen nicht, wodurch sich vielleicht auch die leichte Pupillenstörung und Facialisparese erklären läßt. Aphasische Symptome sind ebenso wie im Fall 1 nicht vorhanden, dagegen

Berlin am 28. III 9

Sehr geehrter Herr Ober Arzt!

[illegible]

wie auch dort eine deutliche Störung der Schrift, auch vorwiegend amnestischen Charakters. Ich gebe hier vier Proben wieder (Probe 2 bis 5 vom 29. Februar, 4., 9. und 28. März 1908). Man erkennt die große Unbeholfenheit und Unsicherheit, die vielfachen Fehler usw.

So hat (Probe 4) Patient das Wort „Kampf“ offenbar zuerst „Kamf“ geschrieben und dann verbessert, ebenso statt „Volk“ „Folkt“. Die Störung ist an einigen Stellen so stark, (Probe 5) daß die Schrift völlig unleserlich wird. Eine nähere Analyse würde zu weit führen. Der Charakter der Schriftstörung ist hier im wesentlichen derselbe wie im vorigen Fall, und manches erinnert, wenn auch nicht so ausgesprochen wie dort, ebenfalls an Paralyse. Zur Charakteristik dieser amnestischen Schreibstörung sei hier noch gesagt, daß dieselbe rückgängig ist (man ersieht diese Besserung deutlich, wenn man Probe 2 mit Probe 5 vergleicht). Dadurch unterscheidet sie sich von den schweren, organisch bedingten Schriftstörungen, und wir müssen annehmen, daß wir es bei der amnestischen Schriftstörung mit reparabler, vorübergehender Rindenschädigung zu tun haben und nicht mit einem gröberen herdartigen Prozeß.

In Beziehung auf die Verlaufweise dieses Falles sind hervorzuheben das etwa drei Wochen dauernde Intervall und der Ausgang in einen nervösen Schwächezustand, der noch die Anklänge an die überstandene Psychose (Gedankenschwäche, neuritische Beschwerden) deutlich erkennen läßt. Wir haben es also mit einer regressiven, intervallären CO-Psychose nach *Sibelius* zu tun; die genaue klinische Diagnose

würde lauten: Korsakowsches Syndrom mit Ausgang in einen nervösen Schwächezustand.

Schlußbetrachtung.

Die zusammenfassende Darstellung der Kohlenoxydpsychosen hat gezeigt, wie verschiedenartig die Krankheitbilder nach Symptomen, Verlauf und Ausgang sein können.

Wir haben schwere organische Formen mit raschem tödlichen Ausgang auf der einen Seite und auf der andern Seite leichte Verwirrungzustände bzw. amnestische Störungen mit Ausgang in mehr oder weniger vollständige Heilung kennen gelernt. Dazwischen lagen teils konstante, teils regressive Demenzen mit den charakteristischen Gedächtnisstörungen, nervöse Konstitutionen von hysterischem und neurasthenischem Typus, verschiedene allgemeine Schwächezustände mit vorwiegend körperlichen Symptomen. Wir haben daraus ersehen, daß die Kohlenoxydvergiftung keine durch spezifische Veränderungen des Nervensystems bedingte Erkrankung hervorrufen kann, sondern daß es sich lediglich um symptomatische Störungen handelt, wie sie in ähnlicher Weise auch im Gefolge anderer körperlicher Schädigungen auftreten. Dieselben sind, wie gezeigt wurde, teils organischer (physiogener), teils funktioneller (psychogener) Natur.

Diese Vereinigung von organischen und funktionellen Symptomen bei ein und derselben Krankheitursache ist nichts Auffälliges, sondern wird bei den meisten Geistesstörungen auf verschiedenartiger Basis beobachtet. Herr Prof. *Meyer* hat dies besonders in einer Arbeit über „Psychische Störungen nach Strangulation“ hervorgehoben und zu erklären versucht. Er führt aus, daß hysterische Erscheinungen nach Erhängungsversuchen sich wohl mit der Annahme vereinigen lassen, daß die nervösen Symptome durch Ernährungstörungen infolge der gestörten Blutzufuhr bedingt sind. Man könne z. B. annehmen, daß der Erhängungsversuch kein ernstlicher war, oder unterbrochen wurde, ehe Bewußtlosigkeit eintrat. Das Hervortreten psychogener Störungen würde dadurch erleichtert, besonders in den Fällen, wo es sich um Selbstmordversuche bei Hysterischen handelt. Auch würden organische Gehirnleiden nicht so selten von psychogenen Symptomen begleitet, welche durch dieselben gewissermaßen wachgerufen wären.



Herr Prof. *Meyer* zieht auch den Vergleich mit Gehirnerschütterungen, indem er sagt:

„Der Vergleich mit nach Hirnerschütterungen auftretenden nervösen und psychischen Erscheinungen liegt sehr nahe. Auch dabei sehen wir, wenn man die Kranken direkt von dem Unfall an und noch längere Zeit nachher zu beobachten Gelegenheit hat, nicht selten, daß zuerst nach der Bewußtlosigkeit physiogene Störungen am meisten im Vordergrund stehen, d. h. solche, die man unmittelbar auf die durch das Trauma bedingte Alteration des Zentralnervensystems zurückführen kann, daß weiterhin aber nun diesen sich psychogene, neurasthenische und hysterische Erscheinungen immer mehr beigesellen, um dann schließlich oft allein zu überdauern. Der Zusammenhang zwischen den beiden Reihen von Erscheinungen ist nicht klar. So viel läßt sich wohl sagen: Die unmittelbar physisch begründeten Folgen sind die primären, sie überwiegen zumeist; oft aber — ob nicht immer? — kommen zu ihnen sekundär psychogene Erscheinungen, die nun je nach der Individualität und äußeren Umständen kaum bemerkt werden oder größere Ausdehnung gewinnen."

Diese Ausführungen gelten auch in jedem Punkte für die Kohlenoxydpsychosen und scheinen mir zu ihrem näheren Verständnis nicht unwichtig zu sein. Besonders hat man dabei an die Fälle zu denken, wo die Patienten (wie z. B. die Récapés von Courrières) neben der Kohlenoxydeinwirkung noch schweren psychischen und physischen Erregungen ausgesetzt waren.

So viel zur allgemeinen Charakteristik der Symptome bei den Kohlenoxydpsychosen. Was nun die beiden von mir mitgeteilten Fälle aus der hiesigen Universitätsklinik betrifft, so habe ich schon das Wesentliche oben besprochen. Hervorheben möchte ich hier jedoch noch besonders die große Analogie zwischen ihnen: beide sind intervalläre, regressive Formen, beide zeigen eine isolierte Schriftstörung, beide sind Korsakow-Fälle und zeigen einen ähnlichen Ausgang in neurasthenische Konstitution. Interessant ist die Art der Schriftstörung, die anscheinend unabhängig von aphasischen Erscheinungen ist. In den beiden Fällen von *Westphal* handelte es sich um eine komplete Agraphie, neben welcher noch Aphasie, Apraxie usw. bestand. In unseren Fällen beschränkt sich die amnestische Störung, abgesehen von der Merkfähigkeit, eigentlich nur auf das Schriftvermögen, wenn auch zu bedenken ist, daß bei dem ersten genauere Prüfungen auf Aphasie usw. jedenfalls nicht vorlagen.

Daß das Kohlenoxyd derartig elektiv wirken kann, geht auch aus einem Fall von *Stierlein* (Tabary Fleuris) hervor, wo als einzige stark hervortretende Störung eine motorische Aphasie bestand. Dieselbe ging ebenso wie die Schriftstörung in unseren Fällen zurück und konnte demnach nicht durch eine schwere organische Herderkrankung bedingt sein. Es mußte vielmehr, und das gilt auch in gleicher Weise für unsere Schreibstörung, eine leichtere, reparable Rindenschädigung (ob lokalisiert?) angenommen werden, welche *Stierlein* wegen ihres vorübergehenden Charakters als „funktionelle Ernährungstörung" bezeichnet. Genauere anatomische Untersuchungen in dieser Richtung würden auch hier noch weiter helfen.

Zum Schluß einiges über die Bedeutung des Korsakowschen Symptomenkomplexes nach Kohlenoxydvergiftung.

Wir haben gesehen, daß ältere Autoren schon vielfach Anklänge gefunden haben, und daß ein klassischer Fall neuerdings von *Schulz* mitgeteilt worden ist. Auf Grund meiner beiden Fälle und der heutigen allgemeinen Auffassung über die Pathogenese des Korsakow möchte ich jedoch betonen, daß derselbe eine der häufigsten psychischen Reaktionstypen nach CO-Vergiftung darstellt. Es ist wahrscheinlich, daß die Autoren viele hierhergehörige Fälle als solche verkannt und anders beurteilt haben, indem sie von vornherein zufälligerweise auf andere Symptome ihr Augenmerk richteten. Zum Teil mag auch die noch geringe Verbreitung der Wichtigkeit des zuerst von *Korsakow* angegebenen Symptomenkomplexes schuld gewesen sein. Es würde zu große Mühe kosten und auch im einzelnen undurchführbar sein, wollte man die ganze Kasuistik noch einmal nach dieser Richtung hin prüfen. Jedenfalls dürften sich Korsakow-Fälle am ehesten unter den von *Sibelius* als „akute Demenzen" und „psychopathische Konstitutionen" aufgeführten Fällen finden lassen, denn einerseits bleibt ein mehr oder weniger hoher Grad von Demenz bei vielen Korsakow-Fällen zurück, anderseits laufen diese, wie auch unsere beiden Fälle zeigen, oft in nervöse Schwächezustände und psychopathische Konstitutionen aus.

Daß der Korsakowsche Symptomenkomplex kein ätiologisch einheitliches Bild ist, sondern den verschiedensten körperlichen Schädigungen seinen Ursprung verdankt, ist jetzt allgemein anerkannt.

Die Prognose ist im allgemeinen ernst, besonders für vollständige Wiederherstellung. Immerhin scheint besonders bei manchen ätio-



logischen Momenten wie Strangulation und Hirnerschütterung die Prognose günstiger zu sein, weil die körperliche Schädigung hier einer Wiederherstellung wohl eher zugänglich ist. Ich möchte dies auch für den Kohlenoxyd-Korsakow bestätigen. Auch hier sind die Veränderungen meist nicht so schwer, daß sie eine Wiederherstellung ausschließen, und wir haben gesehen, daß sowohl der Fall von *Schulz* als auch die zwei von mir mitgeteilten eine mehr oder weniger vollständige Rückbildung der Symptome erkennen ließen. Ja es scheint, daß die schweren prognostisch ungünstigen Fälle meist weitergehende Defekte (höhere Demenz, schwere, auch retrograde Amnesie, körperliche Störung usw.) aufweisen und der Korsakow eine leichtere Reaktionsform ist. Wahrscheinlich liegen dort gröbere Herde vor, während es sich hier um eine zum Teil reparable (allgemeine) Rindenschädigung handeln dürfte. Weitere Beobachtungen und vor allem feinere anatomische Untersuchungen müssen hierüber noch Sicherheit bringen. Wir können heute nur sagen, daß der Korsakowsche Symptomenkomplex nicht nur ein charakteristischer, sondern auch sehr häufiger Reaktionstypus nach Kohlenoxydvergiftung ist.

Literatur.

1. *Bonhoeffer*, Die symptomatischen Psychosen im Gefolge der akuten Infektionen und inneren Erkrankungen. Wien und Leipzig 1910.
2. *Chiari*, Hirnblutung und Erweichung nach CO-Vergiftung. Straßburger med. Ztg. Nr. 7, S. 165, 1909.
3. *Heeymann*, Impotenz nach Rauchvergiftung. Deutsche Med. Wchschr. 1909. S. 1415.
4. *Kissinger*, Schwere Blutungen in das Gehirn nach Einatmung von Kohlendunst. Mtsschr. f. Unfallheilk. u. Invalidenw. 1908, Nr. 9.
5. *Kobert*, Lehrbuch der Intoxikationen 1906.
6. *Meyer*, Psychische Störungen nach Strangulation. Med. Klinik Nr. 38, Jg. 1910.
7. *Peterssen-Borstel*, Gutachten über den Zusammenhang zwischen Gasvergiftung und Geisteskrankheit. Vierteljahrschr. f. gerichtl. 1906. Med. Bd. 32.
8. *Schulz*, Ein Fall von Korsakow nach CO-Vergiftung. Berl. klin. Wchschr. 1908. Nr. 35, S. 1621.
9. *Sibelius*, Die psychischen Störungen nach akuter Kohlenoxydvergiftung. Monatsschr. f. Psch. u. Neurol. Bd. 13, 1906.



10. *Stierlein*, Über psycho-neuropathische Folgezustände bei den Überlebenden der Katastrophe von Courrières. Inaug.-Diss., Zürich 1909.
11. *Stursberg*, Beitrag zur Kenntnis der Nachkrankheiten nach Kohlenoxydvergiftung. Deutsche Zeitschr. f. Nervenheilk. Bd. 34,1908
12. *von Sury*, Praktische Erfahrungen bei Kohlenoxydvergiftungen. Zeitschrift f. Medizinalbeamte Heft 16, 1908.
13. *Westphal*, Über seltenere Formen von traumatischen und Intoxikationspsychosen. Arch. f. Psych. u. Nervenheilk. Bd. 47, 1910.

Alkohol und Homosexualität.

Von Medizinalrat Prof. Dr. **P. Näcke** in Hubertusburg.

Nachdem ich die Homosexualität nach den verschiedensten Richtungen hin untersucht habe, zuletzt an dieser Stelle bezüglich des Verhältnisses zur Psychose [1]), will ich heute die Wechselwirkung von Alkohol und Homosexualität etwas näher besprechen, zumal darüber meines Wissens eine zusammenfassende Darstellung nicht existiert. Ja, es finden sich hierbezüglich kaum weitverstreute Andeutungen, und das oft von Leuten, die in diesen Dingen keine oder nur wenig Erfahrung haben. Ohne hier auf den so wichtigen Unterschied von echter Homosexualität und Pseudo-Homosexualität einzugehen, da dies von mir schon oft, zuletzt eindringlich in der zitierten Arbeit [1]) geschah, weshalb ich den Leser einfach darauf zu verweisen habe, will ich sofort in medias res eintreten. Wir haben hier nun zu untersuchen: 1. Kann Alkohol echte Homosexualität erzeugen? 2. Wirkt Alkohol schädigend auf Urninge ein und inwiefern? 3. Neigen die Homosexuellen speziell zum Trinken oder nicht und bieten sie andere Trinkertypen dar als die Heterosexuellen?

Die erste Frage, ob der Alkohol echte Homosexualität bei nicht dazu Disponierten erzeugen kann, müssen wir, nach dem jetzigen Stande der Wissenschaft, zurzeit im allgemeinen wohl verneinen. Wenigstens gibt es dafür, soviel ich sehe, keinerlei Beweise. Es kann natürlich vorkommen, daß ein Heterosexueller im Rausche oder ein heterosexueller Potator im trunkenen oder gewöhnlichen Zustande homosexuelle Handlungen begeht, aber das sind alles nur pseudo-homosexuelle Äußerungen, wie schon daraus her-

[1]) *Näcke*, Homosexualität und Psychose, diese Zeitschr. Bd. 68. Eingehend ist der Unterschied von echter und Pseudohomosexualität auch in meiner Arbeit: Behandlung der Homosexualität, Sexualprobleme, August 1910, besprochen worden.



vorgeht, daß der Berauschte oder der Trinker auch Frauen belästigt. Er fühlt also heterosexuell und träumt heterosexuell, trotz homosexueller Handlungen, die den rein onanistischen dann an die Seite zu setzen sind. Ja, wenn es an Frauen fehlt, z. B. auf Schiffen, kann es sogar vorkommen, daß er seine besondere Freude daran findet und sich schließlich daran gewöhnen kann — ähnliches gilt auch von Kasernen, Gefängnissen usw. — und doch wird er kaum je dabei wirklich homosexuell fühlen oder träumen. Anders natürlich, wenn er ein echter Urning war, der ja auch einmal ein Trinker sein kann.

Eine andere Frage ist aber die, ob Alkohol bei gegebener Disposition Inversion zu erwecken vermag. Und das ist, glaube ich, zu bejahen. Er kann dann ebenso der Homosexualität zum Durchbruche verhelfen wie andere Faktoren auch, doch müßte zur bleibenden Inversion schon eine besonders starke Anlage dazu bestehen. Man sieht nun zwar bisweilen — immerhin sehr selten, im Gegensatze zu *Abrahams* [1]) Behauptung —, daß Heterosexuelle im Rausche einander gerührt in die Arme fallen und sich sogar küssen. Dies ist aber gewiß nur selten ein Ausdruck von Sexualität, ist vielmehr Ausfluß alkoholischer Rührseligkeit, die die ganze Welt umarmen möchte, oder in einem späteren Stadium Folge eines Pessimismus, der an der Brust eines Freundes Trost sucht. Darin ist also noch an sich nichts Sexuelles enthalten. Selbst wenn ja, was nur ganz ausnahmweise geschieht, geküßt wird, so braucht eine sexuelle Regung nicht da zu sein. Bei den Slaven, besonders den Russen, küssen sich gern die Männer schon bei Begrüßungen, um wieviel eher im Rausche! Aber selbst, wenn ja ein sexueller Hintergrund vorliegt und es sogar zu homosexuellen Akten kommt, so wird meist nur Pseudo-Homo-

[1]) *Abraham*, wie die anderen Schüler *Freuds* und der Meister selbst, gefallen sich gern in allerlei Übertreibungen. Und *Abraham* ganz besonders. So z. B. wenn er schlankweg sagt: „Durch jede Kneipe geht ein Zug von Homosexualität“ oder: „Die Hemmungen sind Produkte der Sublimierung sexueller Energien“, was er kaum beweisen könnte. Auch darf man durchaus nicht mit *Abraham* sagen, daß als Ursache der Eifersucht des Alkoholikers das Gefühl der abnehmenden Potenz zu gelten habe. Es gibt vielmehr dafür noch oft andere Erklärungen. *Abrahams* Arbeit: Die psychologischen Beziehungen zwischen Sexualität und Alkoholismus, findet sich in der Zeitschr. f. Sexualwissenschaft 1908, S. 449 ff.



sexualität zugegen sein. Dies bezeugt insbesondere *Bloch* [1]), nach dem es danach zu einem länger dauernden Zustand von Pseudo-Homosexualität kommen kann oder nur zu einer vorübergehenden Handlung. Und *Moll* [2]) spricht von Personen, die nur im Rausche sexuelle Perversitäten ausführen, speziell pseudo-homosexuelle, und sagt mit Recht, es sei fraglich, ob dann hier § 51 anzuwenden sei.

Immerhin ist es nicht ganz ausgeschlossen, daß wirklich einmal ein Heterosexueller im Rausche auch bei einem geschlechtlichen Akte homosexuell fühlt, womit eine weitere Stütze für die bisexuelle Veranlagung [3]) des Menschen gegeben wäre, wie *v. Krafft-Ebing* [4]) richtig bemerkt. Sobald aber der Rausch vorüber ist, tritt die alte Heterosexualität wieder in ihre alten Rechte. Ja, es ist sogar denkbar, obgleich ich selbst keinen solchen Fall kenne, daß bei einigermaßen starker homosexueller Komponente der erste Rausch oder erst noch weitere Zufuhr von Alkohol wirklich die latente Inversion wecken kann und diese dann allein oder in Form der Bisexualität fernerhin bestehen bleibt. Der nähere Mechanismus hierbei ist uns natürlich ganz dunkel. Wohl kann man annehmen, daß der Alkohol die Hemmungsvorstellungen und vor allem die heterosexuelle Tendenz unterdrückt und die homosexuelle erregt; warum letztere aber dann bestehen bleibt oder vorherrschend wird, ist schwer erklärbar.

Gehen wir nun zur zweiten Frage über. Die Wirkung des Alkohols auf die Urninge ist dieselbe wie bei Normalen, das heißt also: er lähmt oder beseitigt die Hemmungsvorstellungen, besonders die Urteilsfähigkeit bezüglich etwaiger Folgen, und reizt gleichzeitig die Libido, wie schon das leichte Auftreten von Zotenreißen beweist. Dann ist auch die Bahn zu allerlei sexuellen Exzessen und Perversitäten frei geworden. Der Homosexuelle, der bisher aus ethischen Gründen oder aus Angst sich zu kompromittieren oder in Erpresserhände zu fallen sich keusch gehalten hat, fällt in

[1]) *Bloch*, Das Sexualleben unserer Zeit. Leipzig 1908, S. 602.

[2]) *Moll*, Untersuchungen über die libido sexualis. Berlin, Fischer. 1897—98, S. 726.

[3]) Nach *Abraham* (a. a. O.) verfällt die homosexuelle Komponente der Sexualität beim Normalen der „Sublimierung", was er natürlich auch nicht beweisen kann.

[4]) *v. Krafft-Ebing*, Über sexuelle Perversion. Deutsche Klinik am Anfang des 20. Jahrh. Wien, Schwarzenberg, 1901.



einer schwachen Stunde der Versuchung zum Opfer, wenn die Sinne umnebelt sind. In solchen Fällen würde man bei ihm und auch beim Heterosexuellen in foro wohl verminderte Zurechnungfähigkeit aussprechen, kaum je aber den § 51 anwenden. Wo dagegen der Alkohol absichtlich gebraucht wird, um Hemmnisse zu beseitigen, sich Kourage oder Milderungsgründe „anzutrinken“, dann fällt natürlich jede Milderung weg. Es müßte dies freilich sicher bezeugt sein.

Auch später noch wird, ebenso wie sonst, bei Homosexuellen der Alkohol nur zu leicht die Rolle des Kupplers spielen[1]). Je mehr der Urning Trinker wurde, um so leichter wird er natürlich durch eine neue Libation seinem Triebe nachgeben, was hier noch schneller als beim Normalen geschehen dürfte, da sehr wahrscheinlich die Libido dort an sich schon eine größere ist. Man wird bei solchen Trinkern daher auch leichter Syphilitische antreffen als bei Nichttrinkern, die sich mehr Reserve auferlegen und ihre Freunde auszuwählen verstehen. Wie aber der Alkohol den Gelegenheitmacher abgeben kann, veranschaulicht in klassischer Weise folgender Fall. Ein ziemlich bekannter Dichter, der durchaus kein Potator, aber homosexuell veranlagt war, erzählte mir, daß er 25 Jahre lang mit einem andern Urning „fast verheiratet“ war. Da er aber bei sich eine Tante hatte, sein Freund dagegen verheiratet war, so konnte eine Zusammenkunft zu sexuellen Zwecken nur an drittem Orte geschehen, und zwar in einer Droschke, deren Kutscher gleichfalls Urning war. Nach einem Diner und reichlichem Alkoholgenusse kam ihm nun zuerst plötzlich die „Zwangidee“, er müsse homosexuell verkehren. Er stieg in die Kutsche des homosexuellen Kutschers ein, der ihn immer fuhr, und gebrauchte diesen jetzt zum ersten Male. Als er bei einer ähnlichen Gelegenheit diesen Kutscher nicht fand, gebrauchte er einen andern, nicht gleichgeschlechtlichen Kutscher, und so nach und nach gegen 50 ver-

[1]) *Abraham* (a. a. O.) sagt, der Alkohol wirke als Reiz auf den Komplex der „Männlichkeit“. Man fühle sich stets als der Zeugende. Dieser Stolz dürfte aber gewiß nur selten zu Recht bestehen. Es handelt sich vielmehr gewöhnlich nur um bloßen Sinneskitzel, selten um wirklichen Stolz, höchstens dann, wenn es gilt, ein unschuldiges Mädchen zu verführen, nicht aber gegenüber der puella oder der Entgegenkommenden. Falsch ist es, wenn *Abraham* sagt, die aphrodisische Wirkung der Liebestränke sei den alkoholischen Getränken entlehnt. Es spielen hier vielmehr meist ganz andere Gedankengänge mit, insbesondere das „similia similibus“.



schiedene Droschkenkutscher, ohne bei ihnen auf Widerstand zu stoßen![1]) Stets komme über ihn, meinte er, wenn er ein paar Glas Wein getrunken habe, plötzlich die Zwangsidee, er müsse sich sexuell betätigen. Zuhause selbst trank er nichts, außer wenn er Gäste hatte, wobei ihm das erste Glas gar nicht schmeckt. Mit der Zwangsidee ist wohl kaum eine echte zu verstehen, die gewiß außerordentlich selten und noch schwerer als solche nachzuweisen ist. Gemeint ist sicher nur ein stark erwachter Geschlechtstrieb. Mildernde Umstände würde der betreffende Herr[2]) in foro kaum erfahren haben, da er aus früheren Vorgängen wissen mußte, wie gefährlich ihm der Alkohol ward. Und einer „Zwangsidee" gegenüber wird sich der Richter mit Recht im allgemeinen immer sehr skeptisch verhalten.

Unsere dritte Frage endlich ist dahin zu beantworten, daß gewöhnlich der Urning an sich nur wenig trinkt, selten Säufer wird, dann aber vom heterosexuellen Trinker sich nicht unterscheidet. Ich habe vor Jahren in Berlin eine Reihe von homosexuellen Lokalen besucht, und zwar zu später Nachtstunde, und habe dort unter Hunderten nicht einen einzigen Betrunkenen gesehen![3]) Sie tranken nur wenig und langsam, manche bloß Selterswasser usw. Sie ziehen nicht von Kneipe zu Kneipe und gehen gewiß nicht allzu spät nach Hause. Es ging viel anständiger in ihrer Mitte zu als in den andern Wirtschaften, und Zoten hörte man nicht. Auch unter den sonstigen Urningen, die ich später kennen lernte, befand sich kein Säufer. Ich glaube sogar, daß es hier mehr Abstinenzler als sonst gibt. Ich kannte sogar einen sehr enragierten und einen andern, der Fabrikant alkoholfreier Getränke war.

---

[1]) Daß Droschkenkutscher speziell als Partner von Urningen gesucht wurden, war mir bis Dato unbekannt. Es dürfte das wohl auch ziemlich selten stattfinden.

[2]) Der Betreffende gehörte übrigens auch zu den wirklich gefährlichen Urningen, da er mit Vorliebe sehr junge Leute, sogar Knaben zu verleiten suchte, was ihm in der Großstadt leicht ward. Solche Fälle aber sind — ich unterstreiche es doppelt! — nun große Ausnahmen! Die Gefahr der Verleitung der Jugend durch Homosexuelle ist also nur eine sehr geringe, viel geringer als die zur gewöhnlichen Prostitution!

[3]) *Näcke*, Ein Besuch bei den Homosexuellen in Berlin usw. Arch. f. Kriminalanthr. usw. Bd. 15, 1904.



Vielleicht vertragen die Urninge den Alkohol auch schlechter. Bei Effeminierten ist es ja nicht zu verwundern, daß sie ihrer weibischen Natur gemäß dem Alkohol wenig zugetan sind, wohl aber bei den Übrigen, dem Gros der Urninge, die meiner Erfahrung nach grob-weibliche Züge nicht aufweisen. Immerhin zeigt sich aber auch bei ihnen ein gewisser femininer Einschlag, der keinem ganz abgehen dürfte, wohl auch in der Tatsache, daß sie wenig Alkohol trinken und wahrscheinlich auch schlecht vertragen. Dagegen scheinen andere Getränke beliebter bei ihnen zu sein als bei den Heterosexuellen, namentlich der Tee. Urnische Studenten werden sich nur ungern an Trinkgelagen beteiligen. Unter den Kellnern und Wirten sind, glaube ich — außer in den homosexuellen Lokalen — Urninge selten, dagegen sind sie bekanntlich fast alle alkoholisiert und sehr oft venerisch infiziert. Eher könnte man schon Pseudohomosexuelle hier antreffen, welche sogar sehr wahrscheinlich die Mehrzahl der vielen Tribaden unter den Dirnen bilden, die zudem auch gewöhnlich alle Trinkerinnen [1]) sind und syphilitisch dazu.

Nach einer Notiz [2]) trinkt der Durchschnitts-Urning auf dem Festlande nur wenig, verträgt auch wenig, im Gegensatze zu England, wo 35 % der Urninge regelmäßig und sehr häufig exzessiv trinken. Die Homosexuellen sollen dort überhaupt stark neuropathisch veranlagt sein, was von unseren Urningen sicher **nicht** gilt. **Hirschfeld** teilte mir brieflich [3]) mit, daß „nicht selten" sich auch bei Homosexuellen Alkoholiker und sonstige Narkotiker befänden, was wohl auf ihre soziale Lage zurückzuführen sei. So könnten auch bei Urningen durch Alkoholismus erzeugte Psychosen vorkommen, und scheinbar besonders bei Frauen. **Hirschfeld** hat sicher in diesen Dingen eine sehr große Erfahrung, wie kein Zweiter. Er hat also auch Trinker unter den Gleichgeschlechtlichen gesehen, gewiß sind es ihrer aber viel weniger — leider kann er keine Zahlen anführen! — als bei

[1]) *Abraham* (a. a. O.) glaubt, daß Frauen mit starker Neigung zu Alkohol eine starke homosexuelle Komponente haben. Das ist mir noch sehr fraglich. Man müßte dem aber noch weiter nachforschen.

[2]) In dem Vierteljahrsbericht des wissenschaftlich-humanitären Komitees usw. Leipzig, Spohr 1910, Jg. 1, S. 365.

[3]) Siehe bei *Näcke,* Homosexualität und Psychose. Allg. Ztschr. f. Psch. Bd. 68.



den Heterosexuellen, und die Gründe dafür habe ich oben schon angegeben.

Natürlich wird in einem nüchternen Lande der Urning noch nüchterner sein als sein heterosexueller Landsmann und vice versa. Ein schönes Beispiel dafür bietet England dar, das klassische Land des Trinkens, mit seinen verderblichen Bars in der Sitte des der-Reihe-nach-um-trinkens. Hier müssen dann auch die Urninge die Trinksitten mitmachen, werden aber sicher auch hier immer noch durchschnittlich weniger trinken und vertragen als die Normalen. In sehr interessanter Weise hat *Pavia* [1]) diese Verhältnisse dargelegt. Bezechte Urninge gehören dort in den homosexuellen Lokalen, Variétés usw. zu den gewöhnlichen Dingen, und es wird dann unsinnig geküßt [2]) und mit zärtlichen Namen um sich geworfen. Ausdrücklich fügt aber Verf. hinzu, daß dieses Küssen fast ausschließlich durch Gefühlsumschlag und nicht etwa durch sexuelle Gefühle bedingt sei, was am besten der Umstand beweise, daß z. B. auch dann alte Männer sich küssen, die sicher geschlechtlich nicht miteinander verkehren würden. Ich bemerke hierzu, daß hie und da die Sitte besteht, daß Männer unter sich tanzen, wie ich es z. B. von Landleuten in Syrakus sah; und *Pavia* berichtet ein Gleiches aus England von Matrosen und Arbeitern, wo es dann sogar zu Kußszenen kommt, die das zuschauende Publikum nicht anekeln. Hier braucht also noch kein sexueller Hintergrund zu bestehen. Der Engländer soll überhaupt nach *Pavia* sehr sinnlich veranlagt sein, trotz seiner Heuchelei und übertriebenen Frömmigkeit. Orgien sind an der Tagesordnung, und Urninge beteiligen sich auch daran. Sind sie unter sich, dann schließen sich leicht sexuelle Akte an, und zwar ganz ungeniert. Dies viele Trinken ist nach *Pavia* daher auch die Ursache, daß nirgends bei Homosexuellen venerische Krankheiten so gang und gäbe sind wie bei den englischen Urningen. *Pavia* zeigt endlich, daß die Gründe zum Trinken bei den Urningen dieselben sind wie bei den Heterosexuellen. Der Alkohol dient dazu, um die Zeit totzuschlagen, die

[1]) *Pavia*, Die männliche Homosexualität in England mit besonderer Berücksichtigung Londons. Vierteljahrsber. d. Wissensch.-humanitären Komitees. Leipzig, Spohr, Okt. 1910.

[2]) Ich selbst sah nur ein einziges Mal in Berliner Lokalen ein Freundespaar sich coram publico küssen.



Sorgen zu ertränken usw. und gilt besonders in England auch als Aphrodisiacum. Die Trinkertypen sind dieselben wie bei den Normalen. Ob pathologische Rauschzustände bei ihnen häufiger sind, weiß ich nicht, und weder *Pavia* noch *Hirschfeld* sprechen davon. Immerhin wäre es wohl möglich, da zwar die gewöhnliche psychopathische Veranlagung bei ihnen kaum größer zu sein scheint, als bei den Normalen, wohl aber die schwereren psychopathischen Zustände, und zwar nicht, weil sie Homosexuelle sind; dann aber ist der Boden zu pathologischen Rauschzuständen sicher ein sehr günstiger. *Hirschfeld* hat endlich auch Fälle von Dipsomanie bei Urningen gesehen, die aber gewiß auch seltener sind als sonst.

Verhandlungen psychiatrischer Vereine.

41. Versammlung der südwestdeutschen Irrenärzte zu Karlsruhe am 25. und 26. Sept. 1911. (Zugleich Abteilung für Psych. u. Neurol. der Verhandlungen Deutscher Naturforscher und Ärzte.)

1. Sitzung.

Montag, den 25. Sept., nachm. 3 Uhr. Vors.: *E. Bleuler*-Zürich. Zahl der Teilnehmer: 32.

M. Fischer-Wiesloch: Neue Aufgaben der Psychiatrie in Baden.

Zu den beiden einzigen staatlichen Heil- und Pflegeanstalten für Geisteskranke, die das badische Land zur Zeit des ersten in Karlsruhe abgehaltenen Naturforschertages (1858) besaß, nämlich Illenau und Pforzheim, sind seither neu hinzugekommen die beiden Irrenkliniken in Freiburg und Heidelberg, die große Heil- und Pflegeanstalt bei Emmendingen und neuerdings die Anstalt bei Wiesloch, mit deren Ausbau man noch beschäftigt ist.

Die mißlichen Zustände in der badischen Irrenfürsorge — unausgesetzter starker Zudrang von Kranken zu den Anstalten, Platzmangel und Überfüllung in allen vorhandenen Asylen, wie auch die Notwendigkeit, die veraltete Pforzheimer Anstalt aufzuheben — drängen aber Regierung und Volk zu immer neuen großen Anstrengungen im Ausbau des Anstaltwesens.

Die nächste Aufgabe ist die zurzeit eifrig betriebene Erstellung der neuen Anstalt bei Konstanz, wovon bis zum Herbst 1913 die Hälfte der Anstalt mit etwa 500 Betten betriebsfertig erstehen soll, während bis 1917 die ganze Anstalt 900 bis 1000 Betten fertiggestellt werden wird. Der Kostenaufwand ist für die ganze Anstalt auf 5,8 Millionen Mark berechnet. Sie wird als Fürsorgegebiet den Seekreis und das nächstgelegene Oberland erhalten.

Auch damit werden wir aber zu keinem Abschluß kommen; wir müssen uns vielmehr, um künftigen Notständen vorzubeugen, ebenso aber auch um die längst veraltete Pforzheimer Anstalt endlich ganz aufheben zu können, sofort an ein neues Projekt, das einer großen Anstalt für das Mittelland, die Kreise Karlsruhe und Baden, heranmachen.



Da hier für ein engumgrenztes Gebiet eine sehr ausgiebige Plätzebeschaffung von 1700 bis 2000 Plätzen nötig war, entschloß man sich zur Ausarbeitung eines ungewöhnlich großen Projekts, nämlich einer Doppelanstalt von 2000 Plätzen. Waren auch vom ärztlichen Standpunkte aus gegen einen derartigen Großbetrieb im Krankenhauswesen große Bedenken geltend zu machen, so bot doch das Projekt in finanzieller Beziehung sowohl hinsichtlich der Kosten der Erstellung wie des dauernden Betriebes so große Vorteile, daß eine gewissenhafte Regierung aus Rücksicht auf die Steuerkraft des Volkes an die Verwirklichung herantreten mußte, zumal man hoffen darf, daß durch eine geeignete, gut durchdachte Organisation des Ganzen die befürchteten Schädlichkeiten ausgeschaltet werden können.

Die Doppelanstalt zerfällt in zwei gleiche Unteranstalten für 1000 Männer und für 1000 Frauen, denen eine große Anzahl von in der Mitte gelegenen zentralen Anlagen und Einrichtungen gemeinsam ist, so z. B. Verwaltungsgebäude, Kochküche, Waschküche, Werkstätten, Magazin, Kirche, Festsaal, Wasserversorgung, Beleuchtung, Heizung und andere mehr.

Jede Teilanstalt für Frauen bzw. für Männer erhält einen eigenen selbständigen ärztlichen Direktor, während ein übergeordneter Direktor, gleichfalls ein Arzt, die allgemein ärztliche und psychiatrische, hygienische und administrative Oberleitung des Ganzen, also der beiden Unteranstalten und der zentralen Einrichtungen zusammen, besorgt. Durch eine derartige Zentralisation, verbunden zugleich mit einer Teilung der Direktionsgeschäfte auf drei verschiedene Schultern, hofft man die ärztliche und administrative Verwaltung zu einem einheitlich wirkenden Ganzen zu gestalten.

Im ganzen wird die Anstalt aus etwa 17 Gebäuden für zentrale gemeinsame Anlagen, 20 Beamtenwohngebäuden mit 52 Dienstwohnungen und 39 Krankenpavillons bestehen, zusammen aus 76 Gebäuden. Man darf wohl sagen, daß damit der Charakter der Pavillonanstalt im ganzen gewahrt worden ist.

Die Krankenhausbauten dieser ausgedehnten Anstalt können nun nicht in lauter kleinen Pavillons bestehen, da sonst ihre Anzahl viel zu groß würde, sondern es war, um dies zu vermeiden, zum Teil eine Zusammenfassung in größere Baukomplexe nötig. So wurde ein Lazaretthaus zu 150—200 Betten und Doppelpavillons von 50—80 Betten Belegziffer konstruiert. Im übrigen werden aber auch eine nicht geringe Anzahl von kleinen Landhäusern und Villen hauptsächlich für das behagliche Wohnen der frei zu verpflegenden ruhigen und harmlosen Kranken zu 30—35 Plätzen erstehen.

Der Bau dieser siebenten badischen Irrenanstalt wird schätzungweise einen Aufwand von mindestens 10 Millionen Mark erfordern. Als



Erstellungsort wird die Gegend um Rastatt, weil etwa der Mitte des Fürsorgegebiets entsprechend, am geeignetsten anzusehen sein.

Nachdem der badische Staat in den letzten 25 Jahren für das Anstaltsbauwesen — Neuerstellung von Emmendingen und Wiesloch, bauliche Neuerungen in den alten Anstalten — ungefähr 15 Millionen hat ausgeben müssen, sieht er sich also nun vor der Aufgabe, für die im Bau befindliche Anstalt bei Konstanz und für das hier skizzierte Projekt einer großen Anstalt im Mittellande von neuem die gleiche Summe von 15 Millionen, und zwar in der Hälfte der Zeit, aufzubringen — gewiß hohe Anforderungen an die Staatsfinanzen und an die Steuerkraft des Volkes. Dadurch war auch die ungewöhnliche Form des neuen Bauprojekts, das einen bedeutend geringeren Aufwand erfordern soll als zwei oder gar drei getrennte Anstalten mit je den gleichen zentralen Anlagen, begründet und berechtigt. Die Opfer müssen aber gebracht werden, um in der Irrenfürsorge des Landes endlich einmal mit der Beschaffung des unbedingt nötigen Plätzebedarfs in Irrenasylen zu klaren und gesunden Verhältnissen zu kommen. Späterhin bleibt dann zur Vervollständigung der richtigen regionären Verteilung der Heil- und Pflegeanstalten im Lande noch die Erstellung einer weiteren achten Anstalt im nordöstlichen Teile des Landes vorbehalten, hoffentlich erst als ein Werk der nächsten Generation.

Das sind in kurzen Zügen die Aufgaben, die sich der badische Staat im Ausbau des Irrenwesens gestellt hat.

(Ausführliche Veröffentlichung in der Allg. Zschr. f. Psych.)

E. Hüfler-Chemnitz: Über den Einfluß des Salvarsans auf progressive Paralyse.

Da spontane Remissionen gerade bei Paralyse so häufig sind, ist die Beurteilung, ob die der Anwendung irgendeines Mittels etwa folgende Besserung diesem zuzuschreiben ist, sehr schwer. So ist es auch mit dem Salvarsan und der Paralyse. Viele stehen auf dem Standpunkte, daß nicht einmal dann, wenn „beim ersten Wetterleuchten“ eingegriffen werde, ein Erfolg zu erwarten sei, zudem ist ja auch die Zeit seit Einführung dieses Mittels noch eine zu kurze.

Man wird nur dann eine direkte Wirkung des Mittels auf die Paralyse annehmen dürfen, wenn hinterher Symptomenfolgen auftreten, die sonst nicht beobachtet werden, im bekannten klinischen Verlaufe. Wenn der Kranke kurz nach der Injektion etwa stirbt, wird man dies dem Salvarsan zur Last legen; wenn er kurz darauf gesund wird, müßte man folgerichtig diesen Schluß auch ziehen und nicht eine Remission annehmen; ebenso wenn die Paralyse nach der Injektion einen andern Verlauf nimmt, als man nach klinischen Erfahrungen erwarten sollte.

Im allgemeinen habe ich bei der Behandlung einer größeren Anzahl von Paralysen die üblichen Erfahrungen gemacht: in manchen Fällen kein Erfolg, in andern eine mehr oder weniger weitgehende Besserung,



die aber wohl kaum über den Rahmen der auch sonst beobachteten Remissionen hinausging.

Je ein Fall hebt sich aber in jeder der oben angedeuteten Richtungen aus der Zahl der übrigen heraus; der eine durch den schnellen Eintritt der Besserung, der andere durch die Änderung des klinischen Verlaufs.

Ich will vorausschicken, daß beide Fälle nach dem jetzigen Stande unserer Wissenschaft als typische Paralysen anzusprechen waren, und auch von andern auswärtigen Psychiatern als solche angesehen wurden. Wassermann und Stern war bei beiden stark positiv.

Beide boten, was ich nicht für Zufall halte, das Bild der ausgesprochen expansiven Form der Paralyse, mit blühenden Größenideen, aber auch, wenn auch geringe, somatische Störungen der Sprache, der Schrift, der Pupillen.

Im ersten Falle handelte es sich um einen 27 jährigen Leutnant, der nach Ausbruch der Krankheit erst 14 Tage anderweit behandelt wurde, und der 19 Tage nachher die erste intravenöse Injektion von 0,4 Salvarsan bekam. Drei Tage nachher war er vollkommen klar, krankheiteinsichtig, somatische Störungen nicht mehr nachweisbar. Er konnte entlassen werden, wurde aber im Laufe der nächsten Monate, da Wassermann und Stern positiv blieben, noch dreimal injiziert. Sein psychisches und körperlichse Befinden war und blieb intakt, sowohl nach dem Urteil seiner Angehörigen, seiner Kameraden,, als auch nach dem des Hausarztes und dem unsrigen.

4 ½ Monate später erkrankte er ganz plötzlich, nachdem er bei einem Familienessen sehr viel Pilze und Gänsebraten gegessen hatte, an einem akuten schweren Magen-Darmkatarrh, der sofort ärztliche Hilfe nötig machte. Er bekam hohes Fieber, und nun gesellten sich toxische, zerebrale Symptome hinzu, minutenweise auftretende Bewußtseinstrübungen, Gesichtshalluzinationen, Anfälle von offenbarer Seelenblindheit und epileptiforme Krämpfe; zwischendurch war er vollkommen klar.

Um alles zu versuchen, wurde noch eine Salvarsaninjektion gemacht: jedoch ohne Erfolg; nach einigen Tagen ging der Kranke im Status epilepticus zugrunde.

Es wurde leider nur die Gehirnsektion gestattet. Sie ergab Ependymitis granularis, Leptomeningitis fibrosa, Hirnödem und Erweiterung der Seitenventrikel.

Man muß natürlich an den Tod im paralytischen Anfalle denken, kann auch die Rolle der Magen-Darmerkrankung für nebensächlich halten. Klinisch war es aber das Bild der paralytischen Anfälle nicht.

Jedenfalls wird man wohl die plötzlich auftretende, monatelang anhaltende Besserung als Salvarsanwirkung ansehen dürfen.

Ganz anders liegt der zweite Fall, auch ein Fall von expansiver Paralyse mit den ungeheuerlichsten, schwachsinnigen Größenideen, ein 36jähriger Kaufmann, der am 3. November 1910 die erste Injektion erhielt; hiernach

trat zwar eine gewisse Beruhigung ein, aber keine psychische Besserung; nach 14 Tagen wurde die Injektion wiederholt; nach einigen Tagen trat eine gewisse Depression ein, die aber bis Anfang Dezember in eine tiefe Remission überging, mit vollkommener Krankheiteinsicht. Der Kranke erinnerte sich genau seiner Größenideen und seiner während der Krankheit gemachten unsinnigen Bestellungen. Da aber trotz des psychischen Wohlbefindens die Pupillenträgheit und leichte Fazialisdifferenz noch nachweisbar, Wassermann und Stern noch stark positiv blieb, wurden im Laufe des Dezember noch zwei Injektionen gemacht. Am 4. Januar wurde der Kranke, anscheinend psychisch intakt, entlassen. Am 6. Februar wurde eine vierte Injektion gemacht. Der Kranke fühlte sich ganz wohl, ging auf die Jagd, arbeitete noch nicht.

Am 20. Februar hatte er einen Anfall von ganz leichter paraphasischer Störung, mit nachfolgendem Kopfschmerz, von etwa ½ Stunde Dauer. Da W. noch stark positiv, wurde nochmals eine Injektion von 0,2 gemacht. Allmählich wurde er, besonders da er auf den Ausfall der Blutuntersuchung viel Wert legte, ängstlicher, glaubte, er würde nicht wieder gesund, Paralyse sei eben doch unheilbar. Allmählich entwickelte sich nun ein etwa dem melancholischen Stupor ähnliches Krankheitsbild, das bis Mitte Mai anhielt. Pupillenreaktion immer noch träg, *W.* positiv; daher noch eine Injektion von 0,3. Nun besserte sich allmählich der Zustand, und zwar in der Weise, daß er anfing, sich mit seiner Frau zu unterhalten, wenn er sich unbeobachtet glaubte, sonst mit niemand.

Aus den von der Frau fortlaufend gemachten Aufzeichnungen über diese Gespräche geht hervor, daß er im Anfang direkt als melancholisch zu bezeichnen war; er glaubte, die Kosten nicht zahlen zu können, er werde bestraft, weil er mit den Ärzten nicht rede usw. Die depressiven Ideen traten allmählich zurück, um nur stundenweise aufzutreten. Dann fing er an, mit Personal und Ärzten zu sprechen, überhaupt freier zu werden.

Die Pupillenreaktion ist nunmehr wiedergekehrt, Sprach- und Schriftstörung nicht mehr nachweisbar, Wassermann ist negativ geworden, Stern noch schwach positiv.

Seine geistigen Fähigkeiten, sein Gedächtnis hat nicht gelitten. Er ist geschäftlich wieder tätig.

So liegt der zweite Fall. Natürlich könnte man den jetzigen Zustand als Remission ansehen; jedoch das Hand-in-Hand-gehen der psychischen Besserung mit dem Schwinden der körperlichen Symptome und dem Negativwerden von Wassermann scheint mir doch eher Salvarsanwirkung zu sein.

Jedenfalls scheint es doch des Versuches wert, gerade in derartigen Fällen von Paralyse die Salvarsanbehandlung wieder mehr heranzuziehen. Vielleicht lassen sich so zu sagen ex juvantibus dadurch gewisse Formen der Paralyse abtrennen.

Wenn ich also auch weit entfernt bin, zu behaupten, daß das Salvarsan



die Paralyse dauernd heilen kann, daß es bei gewissen Formen auf den Krankheitverlauf von Einfluß ist, das möchte ich doch behaupten.

Diskussion. — *Ebers*-Baden-Baden sah in einem Falle keine Wirkung von Salvarsan, dagegen von Tuberkulin, während in einem zweiten Falle beides unwirksam blieb.

Buchholz-Hamburg: Die Begeisterung, mit der wir an die Behandlung mit Salvarsan herantraten, hat leider, soweit die Paralyse in Frage kommt, einer starken Ernüchterung Platz gemacht. Von den Kranken, die bei mir seit Ende vorigen Jahres mit Salvarsan behandelt sind, hat die Erkrankung bei allen, mit Ausnahme eines, weitere Fortschritte gemacht. Auch bei diesem handelt es sich meines Erachtens nur um eine weitgehende und langandauernde Remission, die auch ohne Salvarsanbehandlung vorkommt. Auf eine Beobachtung möchte ich dabei aufmerksam machen. Bei Kranken, die mehrfach in mehrwöchentlichen Pausen stärkere Salvarsaneinspritzungen erhielten, trat mit der ersten Injektion eine geringe Reaktion — geringe Temperatursteigerung, geringe Störungen des Allgemeinbefindens — auf, während bei den weiteren gleichstarken Injektionen die Reaktionserscheinungen sehr viel stärker waren. Es wäre mir interessant, zu erfahren, ob auch von anderer Seite derartige Beobachtungen gemacht sind.

O. Fischer-Prag erwähnt, daß er bei der Paralyse nach Salvarsaninjektionen durchweg Verschlechterungen gesehen habe, namentlich trat bei diesen Fällen eine rapide und schwere Demenz ein, nach seiner Erfahrung hält er das Salvarsan bei der Paralyse für kontraindiziert.

E. Schreiber-Magdeburg: Wir haben niemals nach Salvarsaninjektionen Verschlechterungen bei Krankheiten des Zentralnervensystems beobachtet. Ich vermute, daß bei gegenteiligen Erfahrungen die Größe der Dosis des Salvarsans eine Rolle spielte. Es kann sich dabei sehr wohl um Reaktionserscheinungen handeln, ich erinnere an Analogiefälle nach intensiver Quecksilberbehandlung.

Was die Temperatursteigerungen betrifft, so habe ich in meinen ersten Publikationen schon darauf hingewiesen, daß dieselbe bei Nervenerkrankungen durchaus anders verlaufen als bei viszeraler Lues, vielmehr tritt die Steigerung hier immer später ein, während sie bei letzterer schon nach wenigen Stunden eintritt.

Bei der Gelegenheit möchte ich noch darauf hinweisen, daß man bei der Verwendung von steigenden Mengen der Spinalflüssigkeit bei der Anstellung der *Wassermann*schen Reaktion (bis 1,0) weit günstigere Resultate erzielt als bei den üblichen Mengen von 0,2. Wir haben insbesondere bei Lues cerebri, vor allen Dingen bei Neurorezidiven mit den höheren Mengen Spinalflüssigkeit noch ein positives Resultat gefunden.

F. Nissl-Heidelberg: Experimentell-anatomische Untersuchungen über die Hirnrinde.

Die Fragestellung lautet: Stellt der Schichtenbau der Rinde einen Komplex von Organteilen dar, die zwar untereinander verknüpft, an sich aber doch bis zu einem gewissen Grade voneinander unabhängig sind, oder ist die Verlötung der einzelnen Schichten eine so vollständige und innige, daß immer nur der Gesamtquerschnitt der Rinde der Ausdruck für das Organ ist. Beispiel: Das Corpus geniculatum externum hängt mit einem scharf umschriebenen Hirnrindenfelde zusammen; ist das Corpus geniculatum externum vom Gesamtquerschnitt dieses Rindenfeldes abhängig, oder sind es nur eine oder mehrere Schichten dieses Rindenfeldes, die vom Corpus geniculatum externum abhängig sind?

Zur Beantwortung der Fragestellung dienten zwei Versuchsreihen. Die Versuche wurden bei Kaninchen gemacht.

Die erste Versuchsreihe wurde bei neugeborenen Tieren gemacht. Unter möglichster Erhaltung der Blutzufuhr wurden die sämtlichen Verbindungen der Hirnrinde einer Hemisphäre mit dem übrigen Gehirn und der Peripherie (Abtrennung des Bulbus olfactorius) abgeschnitten, so daß sich dieselbe völlig isoliert im Kranium befindet. Die Tiere blieben verschieden lange Zeit bis zu 3½ Jahren am Leben.

Die Rinde solcher Tiere entwickelt sich in allen Schichten weiter, aber die Entwicklung der einzelnen Schichten ist eine ungleiche. Die beiden innersten Schichten bleiben in ihrer Entwicklung zurück, während die übrigen Schichten relativ nur wenig in Mitleidenschaft gezogen werden. Dieser Befund bezieht sich wesentlich auf die Konvexitätsrinde, nicht aber auf die Ammonsrinde, auf die Fascia dentata und auf noch einige andere zur Rinde gehörigen Abschnitte; in den hintersten Abschnitten der Konvexitätsrinde sind die Ausfälle in den beiden innersten Schichten nicht so stark wie in den übrigen.

Die zweite Versuchsreihe betrifft die Beziehungen zwischen Hirnrinde und Thalamus opticus. Diese Versuche wurden im Gegensatz zu *v. Monakow* bei erwachsenen Tieren gemacht, die 1½—2 Wochen nach der Operation getötet wurden. Die Versuche bestätigen die Ergebnisse *v. Monakows*, die Art der Verknüpfung der Thalamuskerne mit der Hirnrinde ist jedoch sehr kompliziert und noch nicht aufgeklärt. Auf jeden Fall aber geht aus den Versuchen hervor, daß die Hirnrinde des Kaninchens aus landkartenartigen umgrenzten Feldern besteht, die mit bestimmten Thalamuskernregionen und nur mit diesen direkt verknüpft sind.

Bei der Exstirpation zirkumskripter Hirnrindenpartien mit dem Messer, Schere, scharfem Löffel wird stets das Hemisphärenmark mit verletzt. Wenn man daher nach der Exstirpierung einer zirkumskripten Rindenpartie eine scharfe Degenerationszone im Thalamus findet, so ist der Einwand nicht unberechtigt, daß die scharf umschriebene Degenerationszone im Thalamus nicht nur von der zerstörten Rindensubstanz abhängig ist, sondern auch von den zufällig mitverletzten Hemisphärenmarkfasern zusammenhängen könnte, die möglicherweise noch mit einem ganz andern



Rindenareal in Beziehung stehen als mit der zerstörten Rindensubstanz. Es ist nicht leicht, den Nachweis zu liefern, daß dieser Einwand unberechtigt ist. Auch wenn man in einer andern Weise vorgeht und das Rindengewebe durch Ätzen, durch den Thermokauter oder durch Gefrieren, durch Druck oder Elektrolyse oder Bestrahlung vernichtet, so sind es bei meinen bisherigen Versuchen immer nur Zufälligkeitsbefunde gewesen, wenn nur das Rindengewebe, nicht aber auch das an die Rinde anstoßende Hemisphärenmark vernichtet wurde. Immerhin scheinen diese Zufälligkeitsbefunde zur Begründung der Behauptung zu genügen, daß bei vorsichtiger Exstirpation zirkumskripter Rindenpartien geringe unbeabsichtigte Nebenverletzungen des Hemisphärenmarkes so gut wie keine Rolle spielen.

Sowohl *Monakow* wie ich haben die exstirpierten Rindenpartien willkürlich umgrenzt. Heute wird man verlangen müssen, daß die zu exstirpierenden Rindenpartien nach den Gesichtspunkten umgrenzt werden, die für die Hirnkarten *Brodmanns* maßgebend sind. So wertvoll *Brodmanns* Hirnkarte des Kaninchens zweifellos ist, so bin ich doch nicht in der Lage, sie vollständig bestätigen zu können. Ich kann nicht so viele Felder auf der Hirnoberfläche abgrenzen wie in *Brodmanns* Hirnkarte. Mag dem sein wie es will; das eine ist für mich sicher; der Prüfstein für die Richtigkeit der Umgrenzung der *Brodmann*schen Felder sind die Thalamuskerne. Wird festgestellt, daß die einzelnen Felder *Brodmanns* mit bestimmten verschieden gebauten Thalamuskernen und nur mit diesen verknüpft sind, so ist die Berechtigung der Umgrenzung der *Brodmann*schen Areale bewiesen, und die Physiologie muß sich damit abfinden. Meine bereits nach dieser Richtung angestellten Versuche sind noch nicht abgeschlossen.

Jedenfalls aber ist an der Tatsache nicht zu zweifeln, daß bei willkürlicher Umgrenzung von zirkumskript exstirpierten Hirnrindenpartien immer nur eine bestimmte Thalamuskernregion und nur diese degeneriert.

Halten wir diese Ergebnisse der zwei geschilderten Versuchsreihen nebeneinander, einmal die Tatsache, daß bei völliger Isolierung der Hirnrinde beim Neugeborenen nur die beiden inneren Schichten wesentlich in ihrer Entwicklung beeinflußt werden, und andererseits die Tatsache, daß umschriebene Rindenexstirpationen sowohl beim Neugeborenen wie beim erwachsenen Tier stets nur ganz bestimmte Thalamuskerne zur Degeneration bringen, so liegt die Schlußfolgerung nahe, daß nur die beiden inneren Schichten, nicht aber die übrigen lokalisiert sind.

Ist meine Schlußfolgerung richtig, dann muß das Experiment zeigen, daß unter gleichzeitigem Erhaltenbleiben der beiden inneren Schichten die Vernichtung nur der äußeren Schichten eines Rindenfeldes, von dem feststeht, daß die Exstirpation seines Gesamtquerschnittes mit absoluter Sicherheit eine bestimmte Thalamuskernregion zur Degeneration bringt, diese Thalamuskernregion unbeeinflußt läßt.



Die Schwierigkeiten dieses Versuches ergeben sich aus den Blutversorgungsverhältnissen der Rinde. Jeder Angriff auf die Hirnoberfläche schädigt die Blutzufuhr, so daß Erweichungen oft bis in das Hemisphärenmark die Folge sind. Ich habe bereits mitgeteilt, wie schwierig es ist, nur etwas Rindengewebe ohne Verletzung des Hemisphärenmarkes zu zerstören, und daß trotz systematischer Versuche mit Ätzmitteln, mit Hitze und Kälte, mit Druck, Elektrolyse und Bestrahlung die wenigen ganz gelungenen Ergebnisse immer nur Zufälligkeitsbefunde waren.

Bis jetzt ist mir der Versuch, unter Erhaltung der beiden inneren Schichten n u r die übrigen Rindenschichten zu zerstören, nicht in wünschenswerter Weise gelungen. Aus den zahlreichen Versuchsanordnungen ergab sich aber, daß die Herbeiführung allerkleinster Rindenherde Aussicht auf Erfolg gibt. Aber je kleiner eine zirkumskripte Rindenzerstörung ist, um so schwieriger ist der Nachweis, daß die entsprechende Zellgruppe im Thalamus degeneriert bzw. nicht degeneriert. Versuche mit filtrierten Kathodenstrahlen, die nur ganz oberflächlich wirken, haben meine Hoffnungen gehoben. Es wird auf diese Weise eine nicht eitrige Entzündung des Rindengewebes erzeugt, die wenigstens in einem Versuche annähernd zu dem gewünschten Resultate geführt hat.

Obschon meine zahlreichen Versuche noch n i c h t ausreichen, die Richtigkeit meiner Schlußfolgerung zu b e w e i s e n , so liegen doch heute schon eine Reihe von Versuchen vor, die sie als w a h r s c h e i n l i c h erscheinen läßt.

Ich halte mich daher für berechtigt, die Hypothese aufzustellen daß, abgesehen vom Ammonshorn und einigen anderen noch zur Hirnrinde des Kaninchens gehörigen Anteilen, dieselbe ein Organ ist, das mindestens aus zwei voneinander relativ unabhängigen Organteilen besteht; und zwar sind die beiden inneren Schichten der lokalisierte Rindenorganteil, der seine Vertretung in scharf umschriebenen Thalamuskernen findet, während die übrigen Rindenschichten einen nicht lokalisierbaren Rindenorganteil darstellen. Nach dieser Auffassung kann sich die landkartenartige Hirnoberflächentopographie beim Kaninchen nur auf die beiden inneren Schichten, nicht aber auf den Gesamtquerschnitt der Rinde beziehen.

Diese Mitteilungen werden durch eine Reihe von Diapositiven illustriert, die von den Serien der Versuchstiere stammen.

O. Ranke-Heidelberg: D i e G l i o m z e l l e u n d i h r e B e z i e h u n g z u r f ö t a l e n u n d a u s g e r e i f t e n G l i a z e l l e.

Unter den Neubildungen der Neuroglia müssen vom Standpunkte des Histopathologen scharf unterschieden werden

1. deutlich begrenzte, fast immer derbe, faserreiche, an Mitosen arme, in den strukturellen Eigenschaften ihres Zellmaterials von anderen pathologischen Prozessen der Neuroglia nicht wesentlich verschiedene



Tumoren (zirkumskripte Gliosen, nach ihrem histologischen Verhalten gutartige Gliome);

2. unscharf in die Umgebung übergehende, wegen relativer Faserarmut und häufiger regressiver Veränderungen weiche, zell- und mitosenreiche, speziell durch ihre Kernstrukturen von den Bildern bei allen sonst bekannten Gliaprozessen verschiedene Tumoren (eigentliche, maligne Gliome).

Die Zellen der letzteren unterscheiden sich durch gewisse morphologische Eigenschaften, welche sie mit den Zellen anderer maligner Neubildungen teilen (absolute und relative Größe, Chromatinverteilung, atypische Mitosen und Amitosen der Kerne, Tendenz, ein ungeheuer proliferationfähiges, aus dem synzytialen protoplasmatischen Verbande losgelöstes Zellmaterial zu bilden, Neigung dieser Elemente, die gliösen Grenzmembranen zu durchbrechen) von allen sonst bekannten Bildern sowohl der fötalen als der ausgereiften Neuroglia, unter normalen sowohl wie unter pathologischen Bedingungen.

Strukturelle Eigenschaften, welche sie als in ihrer embryonalen Differenzierung gestört betrachten ließen, sind an ihnen nicht zu konstatieren. In einem Falle, in welchem sich — wozu weitaus die Mehrzahl maligner Gliome ungeeignet ist — die erste Bildung solcher Gliomzellen beobachten ließ, fehlte jeder morphologische Hinweis darauf, daß das sie produzierende Muttergewebe ein in seiner Fötalentwicklung gestörtes sei; es fand sich auch keine primäre Verlagerung dieses Muttergewebes. Die Beobachtungen an diesem Falle machen es wahrscheinlich, daß es sich auch bei der Bildung maligner Gliome — wie bei der Karzinombildung (nach *Hauser*) — um die durch eine uns noch völlig unbekannte Ursache bedingte Entstehung einer besonderen, morphologisch und biologisch von ihrem Muttergewebe weit abweichenden „neuen Zellrasse" handelt.

E. Bleuler-Zürich: Das autistische Denken.

Es gibt ein Denken, das unabhängig ist von logischen Regeln und an deren Statt durch affektive Bedürfnisse dirigiert wird (autistisches Denken).

Es kommt am ausgesprochensten in der Dementia praecox und im Traum vor, dann in Mythologie und Aberglauben, in den Tagträumen der Hysterischen und der Gesunden und in der Poesie.

Das autistische Denken kann für seine Zwecke ganz unlogisches Material benutzen: Klangassoziationen, zufälliges Zusammentreffen von beliebigen Wahrnehmungen und Vorstellungen können an Stelle logischer Assoziationen treten, unvollständig gedachte Begriffe, falsche Identifikationen, Verdichtungen, Verschiebungen, Symbole, die den Wert von Realitäten bekommen, und ähnliche abnorme Psychismen bilden zu einem Teil das Material, das vom autistischen Denken benutzt wird. Normales



Material und normale Gedankengänge kommen aber selbstverständlich neben den abnormen vor.

Das logische, der Realität entsprechende Denken ist eine gedankliche Reproduktion solcher Verbindungen, wie sie uns die Wirklichkeit bietet.

Das autistische Denken wird durch die Strebungen dirigiert; im Sinne der Strebungen wird gedacht ohne Rücksicht auf Logik und Wirklichkeit. Die den Strebungen zugrunde liegenden Affekte bahnen nach den bekannten Gesetzen ihnen entsprechende Assoziationen und hemmen widersprechende.

Zu unseren Tendenzen gehört es, nicht nur den von außen kommenden Schmerzen auszuweichen, sondern auch denen, die durch bloße Vorstellungen erzeugt werden. So besteht der Erfolg des autistischen Denkens zunächst hauptsächlich darin, angenehme Vorstellungen zu verschaffen. unangenehme zu verdrängen. Speziell Wünsche als erfüllt sich zu denken. ist eine Haupttätigkeit des Autismus.

Wo aber eine negative Stimmung vorhanden ist, kann es auch zu negativen autistischen Strebungen kommen. Das ist der Fall einerseits bei melancholischer Verstimmung und anderseits, wenn die Konflikte der autistischen Vorstellungen mit der Wirklichkeit empfunden werden.

In der melancholischen Verstimmung schafft der Autismus depressive Wahnideen, die sich von dem gewöhnlichen depressiven Wahn nur dadurch unterscheiden, daß sie leicht ganz unsinnig werden.

Das unangenehme Gefühl des Konfliktes mit der Wirklichkeit führt zu Verfolgungswahn.

Das autistische Denken kann bewußt oder unbewußt sein, ganz wie das logische. In der Dementia praecox aber treten mit einer gewissen Vorliebe fertige Resultate desselben als Halluzinationen, primordiale Wahnideen, Erinnerungstäuschungen ins Bewußtsein. Die Ausarbeitung ist dann im Unbewußten geschehen.

Das autistische Denken ist nicht eine primitive Denkform. Es konnte sich erst entwickeln, nachdem einmal das Denken mit bloßen Erinnerungsbildern die sofortige psychische Reaktion auf aktuelle äußere Situationen stark überwog.

Das gewöhnliche Denken, die ,,fonction du réel", ist das primäre und kann so wenig wie das der Realität entsprechende Handeln von einem mit Psyche ausgestatteten Geschöpf entbehrt werden, das lebensfähig ist.

Daß die Schwächung des logischen Denkens zum Vorwiegen des autistischen führt, ist dennoch selbstverständlich, weil das logische Denken mit Erinnerungsbildern durch die Erfahrung gelernt werden muß, während das autistische angeborenen Mechanismen folgt. Diese können beliebiges Vorstellungsmaterial verwerten nach jedem Wesen innewohnenden Gesetzen.

Daß das autistische Denken eine so große Rolle spielt und nicht durch die Auslese vernichtet ist, wird einerseits davon herrühren, daß es für einen endlichen Verstand unmöglich ist, eine Grenze zu ziehen zwischen realisti-

scher und autistischer Phantasie, und anderseits davon, daß auch der reine Autismus seinen Nutzen hat als Denkübung, ähnlich wie das körperliche Spiel als Übung körperlicher Fähigkeiten.

Immerhin ist uns seine phylogenetische Bedeutung in manchen Beziehungen noch unklar, z. B. in seiner Ausdehnung auf die Kunst.

(Erscheint ausführlich im Jahrbuch für Psychoanalyse.)

2. Sitzung.

Dienstag, den 26. Sept., vorm. 9 Uhr. Vors.: *H. Schüle*-Illenau. Zahl der Teilnehmer: 30.

M. Friedmann-Mannheim: Nicht-epileptische Absenzen im Kindesalter.

Bei Erwachsenen wie bei Kindern kommen eigentümliche Anfälle kurzer Absenzen vor, in denen das Bewußtsein erhalten bleibt und nur eine Starre, bzw. die Aufhebung der Willkürbewegung eintritt. In beiden Fällen fehlen nach *Friedmann* Beziehungen zur Epilepsie. Bei Kindern nun hatte *Friedmann* schon bei seiner ersten Mitteilung vor vier Jahren im ganzen vier Einzelfälle beobachtet. Sie standen im Alter von 4—6 Jahren, waren geistig gewöhnlich sehr lebhaft, dabei vollkommen normal. Nach einer Aufregung (z. B. schmerzhaften Operation) zeigten sich die Anfälle: die Kinder stehen unbewegt, schauen stets starr nach oben, blinzeln auch einige Male, öfter sinken sie etwas in den Knien ein. Das dauert 10—20 Sekunden, und die Kinder wissen alles, was dabei vorgeht. Einmal vorhanden, wiederholen sich die Anfälle täglich, gewöhnlich sehr oft, zwischen 10—40 mal und noch häufiger. Einzelne Anfälle erfolgen meist auch nachts (unter Erwachen). Das Leiden ist hartnäckig, zwischen 2—8 Jahren andauernd, dann erfolgte dreimal Heilung, ohne daß ein epileptischer Anfall erfolgt wäre (ein Fall war allerdings schließlich zweifelhaft, er war auch sonst ungewöhnlich). Die ganze Entwicklung der Kinder verlief im übrigen völlig ungestört und normal.

Inzwischen hat *Heilbronner* zwei ähnliche Fälle publiziert, ebenso ganz neuerdings *Mann* (Breslau), und *Friedmann* selbst hat seither nochmals drei weitere Fälle beobachtet neben zahlreichen bei Erwachsenen. Zweimal erfuhr er auch aus der Anamnese gesunder Personen zwischen 30—40 Jahren, daß sie als Kinder am gleichen Krankheitzustande gelitten hatten. Von den neuen Fällen betraf der eine ein fast 6jähriges gesundes Mädchen, das sich vor dem Schulanfang aufregte und darauf die Absenzenzustände 20—30 mal täglich bekam. Nach zwei Jahren war es bereits geheilt; ein zweites Mädchen von 7 Jahren hat drei Epochen der Anfälle erlitten mit anfallfreien Intervallen von je 8—12 Monaten. Im dritten Falle bestand die Eigentümlichkeit, daß die Anfälle durch den Blick aufwärts nach dem hellen Tageslicht jeweils ausgelöst wurden (8jähriger erregbarer Knabe).



Das ganze Leiden zeigt folgende Merkmale: Die Anfälle sind sehr kurz, das Bewußtsein ist erhalten, sie treten stets in starker Häufung auf. Die Dauer des Leidens ist eine ziemlich lange, die Entwicklung der Kinder bleibt aber ganz ungestört. Auf Bromsalze reagieren die Anfälle nicht, wohl aber auf psychische Erregungen: sie brachen stets aus nach einer solchen, die Erwartung und Suggestion löst die einzelnen Absenzen gern aus.

Bei längerer Bettlage und auch beim Landaufenthalte trat gewöhnlich ein zeitweises völliges Cessieren der Anfälle ein.

Die Grundlage ist noch dunkel. Mit der Narkolepsie sind die Anfälle verwandt, bei Erwachsenen ist ihr Ursprung aus der Neurasthenie nicht zu bezweifeln. Bei Kindern aber ist weder die letztere noch auch die Hysterie mit genügender Begründung als Ausgangpunkt zu bezeichnen.

Sehr wichtig aber erscheint es *Friedmann* angesichts der traurigen Prognose der Epilepsie, daß wir hier ein dieser Krankheit sehr ähnliches Leiden kennen lernen, das wir gleichwohl mit größter Wahrscheinlichkeit berechtigt sind von der Epilepsie zu trennen und als harmlos bzw. gutartig zu bezeichnen. Völlig sicher ist *Friedmann* nur deshalb nicht, weil noch kein Fall bis in die kritischen Jahre der Pubertät verfolgt werden konnte. Im übrigen ist die Diagnose mit Vorsicht zu stellen: es kommen auch in der Epilepsie ähnliche partielle Bewußtseinstörungen vor; aber es finden sich daneben immer noch andere Formen der Absenzen (gewöhnlichen Stils), und auch bei den partiellen Anfällen fehlen selten einzelne Komplikationen (Lauftrieb, Urinentleerung u. a.). Je mehr also die Anfälle stets gleichartig bleiben, je stärker gehäuft sie erscheinen, um so eher wird sich die Epilepsie ausschließen lassen.

Diskussion. — *W. Plönies*-Hannover weist auf die Bedeutung der stark negativen nach dem Gehirn strömenden Reize bei Magenläsionen hin, die solche Anfälle auslösen können, und der gute Einfluß der Bettruhe bei solchen Anfällen und des Landaufenthalts, der schlimme Einfluß der Aufregungen spricht auch viel dafür, daß solche Magenläsionen die Ursache sein könnten. Ich beobachtete einen Fall bei einem 13jährigen Kinde, wo Schreck die Veranlassung war und die Anfälle nach Heilung des Magenleidens verschwanden.

Neumann-Karlsruhe schließt sich auf Grund seiner Erfahrungen dem Vortragenden an und warnt davor, die beschriebenen Fälle der Hysterie zuzurechnen, wozu die häufige psychotraumatische Ätiologie und die suggestive Beeinflußbarkeit leicht Anlaß geben könnten.

Frl. *C. Ehrmann*-Kork: Das Aussetzen der Anfälle während körperlicher Krankheit bildet kein Unterscheidungsmerkmal dieser Krankheit von der Epilepsie. Ich habe sowohl bei fieberhaften Krankheiten als bei einer komplizierten Unterschenkelfraktur beobachtet, daß die Anfälle



während der Krankheit aussetzten und mit der Genesung wieder in alter Weise auftraten.

J. Bauer und *R. Leidler*: „Über den Einfluß der Ausschaltung verschiedener Hirnabschnitte auf die vestibulären Augenreflexe." (Gehalten von Herrn *Bauer.*)

Die vorliegenden Untersuchungen haben den Zweck, festzustellen, wo und wie die vom Vestibularapparat ausgelösten Augenreflexe zustande kommen, und welchen Einfluß die verschiedenen Teile des Gehirns auf diese Reflexe haben. Die von den Vortragenden an Kaninchen ausgeführten Versuche betreffen Ausschaltungen des Kleinhirns bzw. einzelner Teile desselben, ferner Läsionen im Bereich des Reflexbogens Vestibularis-Augenmuskelkerne und schließlich Ausschaltungen der oral von diesem Reflexbogen gelegenen Abschnitte des Zentralnervensystems (Großhirn, Thalamus).

Die Kleinhirnversuche ergaben ganz allgemein, daß nach Ausschaltung des Kleinhirnwurms, und zwar mit Einschluß der Dachkerne, eine hochgradige Übererregbarkeit des Vestibularapparates auftritt und daß der Drehungsnachnystagmus dann nicht nur viel intensiver und länger anhaltend ist, sondern auch qualitative Abweichungen von der Norm zeigt. Spontannystagmus tritt niemals als Folge reiner Kleinhirnverletzungen auf, sondern ist immer auf Mitbeteiligung der bulbären Vestibulariszentren zurückzuführen. Nach halbseitiger Wurmläsion ist die Vestibularisübererregbarkeit auf den gleichseitigen Vestibularapparat beschränkt.

Nach Durchtrennung der Fasern zwischen kaudalem Drittel der Vestibularisendkerne und Fascic. longitud. poster., ferner nach Läsion im kaudalen Anteil des *Deiters*schen Kernes wurde spontaner Nystagmus zur lädierten Seite, nach intramedullärer Durchtrennung der Vestibulariswurzel vor deren Eintritt in die Endkerne wurde spontaner Nystagmus zur gesunden Seite beobachtet. In den ersten beiden Fällen handelt es sich um ein Reiz-, im letzteren um ein Ausfallsymptom. Die neben dem Spontannystagmus bestehende Deviation der Bulbi scheint auf eine Läsion des zentralen Otolithenapparates hinzuweisen, dessen Lokalisation derzeit völlig unbekannt ist.

Die vollständige Ausschaltung des Großhirns, des Thalamus, ja sogar eine weitgehende Zerstörung des Mittelhirns bringen den vestibulären Nystagmus nicht zum Schwinden. Die Ausschaltung einer Großhirnhemisphäre pflegt eine allmählich vorübergehende, mäßige Übererregbarkeit des gleichseitigen und Untererregbarkeit des kontralateralen Vestibularapparates zur Folge zu haben. Die gleichzeitige Entfernung beider Großhirnhemisphären hat hingegen auf die Erregbarkeit der beiden Vestibularapparate keinen Einfluß, und der Drehungsnachnystagmus wenige Stunden nach totaler Großhirnexstirpation unterscheidet sich in keiner Weise von dem vor der Operation beobachteten.

Damit ist sicher erwiesen, daß der Nystagmus resp. seine rasche Komponente nicht in der Hirnrinde zustande kommt, wie dies von einigen Forschern behauptet wird.

(Erscheint ausführlich in *Obersteiners* „Arbeiten aus dem Wiener neurologischen Institut", Bd. 19, H. 2, 1911.)

Diskussion. — *M. Bartels*-Straßburg: Nach den Experimenten des Herrn Vortragenden ist zwar nicht mehr zu bezweifeln, daß bei Kaninchen das Großhirn zur schnellen Phase nicht unbedingt nötig ist. Es fragt sich aber, ob man diese Resultate auf höhere Säugetiere, auf den Menschen übertragen darf. Denn das Kaninchen zeigt nie willkürliche Augenbewegungen im Gegensatz zu Hunden, Affen, Menschen. *Bechterew* hat übrigens bei Hunden nach Großhirnexstirpation Wegfall des Nystagmus konstatiert. Jedenfalls lassen sich die Erscheinungen, d. h. der Wegfall der schnellen Phase bei Blöden, Frühgeburten und in Narkose ohne Zuziehung höherer Bahnen nicht erklären. Die Muskelbewegungen der schnellen und der langsamen Phase, sowohl Kontraktion wie Erschlaffung, sind so in ihrer Art verschieden, daß man für sie verschiedene Zentren dieser Bahnen in Anspruch nehmen muß. Sicher gehen sowohl von der Kontraktion wie von der Erschlaffung während der langsamen Phase zentripetale Erregungen aus, die nach allgemein physiologischen Erfahrungen zu höheren Bahnen hingeleitet werden und Einfluß auf den Tonus der Muskulatur haben müssen. Die Durchschneidungen an der Med. oblongata habe ich auch vor einigen Jahren ausgeführt und publiziert. Ich verstehe aber nicht, welche Berechtigung Herr *Bauer* hat, bei seinen Durchschneidungen einmal den Nystagmus auf Reizung, das andere Mal auf Lähmung zurückzuführen. Ich habe bei Durchschneidung zwischen Vestibulariskern und Fasc. long. post. auch Nystagmus nach der verletzten Seite bekommen und ihn auf Läsion gekreuzter Bahnen der anderen Seite zurückgeführt.

Bei den physiologischen Experimenten sollte man auch nicht den Vestibularapparat so prüfen, daß man das Organ 5—10 mal umherschleudert, dazu ist das Organ zu empfindlich, da es doch schon auf die geringste Bewegung des Kopfes reagiert.

M. Rosenfeld-Straßburg weist auf gewisse klinische Beobachtungen hin, welche beim Menschen die Annahme von vestibulo-zerebralen Bahnen wahrscheinlich machen. Es sind dieses Fälle, in denen infolge akuter, halbseitiger, zerebraler Störungen bei der Kalorisierung mit kaltem Wasser von der kranken Seite aus nur eine fixierte Deviation nach der ausgespülten Seite hin auftritt, während die Kalorisierung der anderen Seite einen raschen rhythmischen Nystagmus ergibt, Fälle, in denen die halbseitige Großhirnerkrankung absolut sicher war und eine Erkrankung des Vestibularapparates, des Kleinhirns, von Pons und Medulla auszuschließen war.

J. Bauer erwidert im Schlußwort, daß die *Bechterew*schen Versuche (Läsionen einer Großhirnhemisphäre) nicht Verschwinden der raschen



Nystagmuskomponente, sondern lediglich eine Erregbarkeitsherabsetzung des Vestibularapparates ergaben, somit mit den Ergebnissen *Bauer*s und *Seidler*s vollkommen übereinstimmen. Als Reizsymptom könne ein Spontannystagmus bezeichnet werden, wenn beide Vestibularapparate erregbar sind, als Lähmungsymptom müsse er angesehen werden, wenn ein Vestibularapparat nicht mehr erregbar ist. Daß die Ergebnisse, welche für das Kaninchen sichergestellt wurden, nicht ohne weiteres auf den Menschen übertragbar sind, ist selbstverständlich. Da wir aber keinerlei Anhaltpunkte dafür haben, daß sich prinzipielle Differenzen ergeben könnten, so ist die Übertragung der Ergebnisse auf den Menschen mindestens ebenso berechtigt als die willkürliche Annahme eines prinzipiellen Gegensatzes. *Bauer* weist darauf hin, daß vestibulokortikale Bahnen unbekannt sind, und erörtert kurz seine Auffassung des Mechanismus des Nystagmus, insbesondere den Umschlag der langsamen in die rasche Nystagmusphase betreffend. Schließlich betont der Vortr. nochmals, daß es absolut unbekannt ist, welche Hirnabschnitte neben der Hirnrinde in der Narkose sowie in Zuständen von Bewußtlosigkeit ausgeschaltet sind.

H. Roemer-Illenau: „Zur Methodik der psychiatrischen Ursachenforschung“.

Der Vortragende gelangt zu folgenden Schlußsätzen:

1. Der jetzige Stand der deutschen Irren-Statistik kann wissenschaftlichen Ansprüchen in keiner Weise genügen.

2. Die Bedürfnisse der Staatsverwaltung, wie die öffentlichen Interessen in volkshygienischer, nationalökonomischer und sozialer Beziehung erfordern dringend deren moderne Umgestaltung.

3. Für die psychiatrische Forschung ist die Statistik als formale Arbeitsmethode unentbehrlich. Als exakte Gesellschaftswissenschaft hat sie das wichtige demographisch-psychiatrische Grenzgebiet mit ihr gemeinsam.

4. Die psychiatrische Statistik hat sich zunächst auf die Anstaltinsassen eines Landes zu beschränken. Sie findet ihre Grundlage in der Verwaltungs-Statistik, ihre organisatorische Zentrale in den statistischen Landesämtern. Ihre technische Durchführung ist an das knappe Zählblättchen gebunden; dieses allein gewährleistet statistisch verwertbare Erhebungen und ist zugleich zuverlässiger als die ausführliche ärztliche Fragekarte.

Das Zählblättchen soll enthalten:

a) Die ausführlichen Personalien.

b) Die Diagnose nach einem zu vereinbarenden differenzierteren Schema.

c) Die hauptsächlichsten ätiologischen Momente; die statistische Verwertbarkeit der letztgenannten hängt zum großen Teil von weiteren Spezialuntersuchungen ab.





5. Die Anstaltstatistik eines Landes bedarf für die Zwecke der Verwaltung wie der Wissenschaft der Ergänzung durch die Statistik der freilebenden Geisteskranken. Die einwandfreie Durchführung einer solchen ist zurzeit in Deutschland nicht möglich. Einen annäherungsweisen, aber dafür zuverlässigen Ersatz bietet die von mir vorgeschlagene zentrale Stammliste aller amtlich bekannt werdenden Fälle von Geisteskrankheit innerhalb eines Territoriums.

Die Ausführungen werden durch die Diagramme, die das Ergebnis einer eigenen Statistik über 2770 Fälle darstellen, unterstützt.

(Ausführlich in der Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatrie.)

A. Kronfeld-Heidelberg: „Experimentelles zum Mechanismus der Auffassung."

Fragestellung: Ist bei dem Zustandekommen von Auffassungsakten die Einstellung der Aufmerksamkeit (subjektiv), die Richtung der Vergegenständlichungstendenz (objektiv) durch assoziative Mechanismen bewirkt (Rolle der Konstellation für die Auffassungsakte)?

Experimentelle Beantwortung. Methoden: tachistoskopische Leseversuche und Bilderkennungsversuche verschiedenster Arten nach vorausgegangenem Reizwort, das mit dem beabsichtigten Auffassungsergebnis (oder Fehlauffassungsergebnis) in bestimmtem assoziativem Zusammenhang steht.

Resultat: Bejahung der Frage. Aufweisung von fünf verschiedenen Auffassungstypen: dem normalen, dem manischen, dem psychopathischen, dem „kritischen", dem refraktären Typ (Epilepsie, Katatonie). Diese Typen differieren in charakteristischer Weise hinsichtlich des Anteils exogen (durch das Reizwort) und endogen (affektiv) erwirkter Konstellationseffekte, hinsichtlich des Anteils mangelhafter Auffassungsbildungen (Kennzeichen des „kritischen" Typs), hinsichtlich der zeitlichen Auffassungschwelle, der Schwankungsbreite der Auffassungzeiten und hinsichtlich subjektiver Begleitumstände. Diese Differenzen können restlos auf allgemeine Eigenschaften im psychischen Habitus des jeweiligen Typus zurückgeführt werden. Auch haftet den Formen assoziativer Beziehung an sich jeweils verschiedene konstellierende Wirksamkeit bei den einzelnen Auffassungstypen an.

Die konstellative Wirkung von Assoziationsmechanismen hängt ferner in berechenbarer Weise von den Gestaltqualitäten des gerade aufzufassenden Bild- oder Wortganzen ab. Sie greift an einzelnen Stellen des Wortes mit verschiedener Intensität an, die sich zahlenmäßig darstellen läßt, und wirkt in dreifacher Weise: ergänzend, transformierend, austilgend. Die analogen Verhältnisse gelten für die Bildauffassungsprüfungen.



Von der Suggestion unterscheidet sich die Konstellation doppelt: die Konstellation erwirkt die Einstellung des Vorstellungablaufs in eine bestimmte Richtung durch assoziative, die Suggestion durch affektive exogene Mechanismen. Suggestiv werden nicht nur Auffassungsakte, sondern wird generell Überzeugung von der Gültigkeit eines Tatbestandes erwirkt.

(Der Vortrag erscheint ausführlich im Arch. f. d. ges. Psychol.)

W. Vix-Darmstadt: „Über psychiatrisch-neurologische Untersuchungen an Schlafkranken in Deutsch-Ostafrika".

Die Seltenheit, in der sich Neurologen und Psychiatern Gelegenheit bietet, die Erscheinungen der Schlafkrankheit an einem reicheren Material zu studieren, veranlaßt mich, über meine Beobachtungen im Schlafkrankenlager Kigarama am Westufer des Viktoria-Nyanza und Usambara am Tanganjikasee hier zu berichten. — Die Infektion der Kranken des Lagers Kigarama war durchweg gelegentlich vorübergehenden Aufenthaltes im britischen Protektorat Uganda erfolgt. Seit Sperrung der Grenze sind am Westufer des Sees, wo auf deutschem Gebiete keine Seuchenherde bestehen, keine frischinfizierten Kranken mehr aufgenommen worden. Anders verhält es sich am Ostufer und am Tanganjikasee, dessen anliegende Gebiete stellenweise stark verseucht sind. Die Kranken befanden sich fast durchweg in vorgeschrittenen Stadien mit Vorwiegen der Symptome seitens des Zentralnervensystems. Der Leiter des Lagers, Stabsarzt *Kudicke*, behandelte alle Patienten eingehend mit Atoxyl und anderen Arsen- oder Antimonpräparaten und kontrollierte den Erfolg durch regelmäßige Blutuntersuchungen. Nach seinen Erfahrungen ist Atoxyl noch das relativ zuverlässigste Mittel und verspricht um so mehr Erfolg, je früher die Kranken in Behandlung kommen, namentlich ehe sich noch nervöse Symptome eingestellt haben. *Kudicke* fand, daß von solchen Patienten etwa 25 % „dauernd",d. h. eine zweijährige Beobachtungzeit hindurch, im Blute trypanosomenfrei blieben und kein Fortschreiten der Krankheit zeigten, worauf die Entlassung erfolgte. Es ist beabsichtigt, zukünftig außer dem Blut auch die Spinalflüssigkeit, die bisweilen bei Freisein des Blutes Trypanosomen enthält, vor der Entlassung zu prüfen. — Selbst schon vorgeschrittene, bis dahin unbehandelte Fälle zeigen nach Einleitung der ersten Atoxylkur auffallende Besserung, die aber nicht anhält. Speziell in einem von meinen 70 Fällen sah ich bei schwerer Hemiplegie nach Krampfanfällen noch eine Heilung in dem Sinne, daß die Lähmung sich weit zurückbildete und daneben nur ein leichter psychischer Defektzustand bei dauerndem Freibleiben des Blutes und des Liquors von Tripanosomen und gutem Allgemeinbefinden bestehen blieb. Versuche mit Schwarzen befanden sich noch in den Anfangstadien. — Bei den behandelten Fällen scheint sich häufiger eine längere Latenzzeit



zwischen das Auftreten der ersten Krankheiterscheinungen, Trypanosomenfieber und Drüsenschwellung, und die nervösen Störungen einzuschieben.

Die häufigste Störung auf psychischem Gebiet ist die Trübung des Bewußtseins von leichter Benommenheit bis zu tiefem Sopor. Solche Schlafzustände sah ich indessen nur relativ selten und dann im Terminalstadium. Intelligenzdefekte und Störungen des Gedächtnisses, der Merkfähigkeit und Aufmerksamkeit waren oft schwer gegen die Benommenheit abzugrenzen.

Die meisten Kranken hatten Krankheitgefühl und waren deprimiert, einige waren gehemmt. Zwei Patienten zeigten schwere hypochondrische Verstimmung, die sie zu Suizidversuchen trieb. — Häufig bestanden interkurrente Erregungzustände. Meist boten sie manische Bilder mit gehobenem Affekt, Bewegungs- und Rededrang, Ablenkbarkeit, Ungeniertheit, läppischem Wesen und Reizbarkeit, die selbst zu Angriffen auf die Umgebung führte. Öfters lagen solchen Angriffen Verkennungen und wahnhafte Mißdeutungen zugrunde. Bei einem Patienten, der sich einige Tage ziellos in der Wildnis umhertrieb und Amnesie für die Episode hatte, lag offenbar ein Dämmerungzustand vor. — Halluzinationen ließen sich nicht nachweisen. — Auch psychisch bedingte funktionelle Störungen, wie Abasie und Aphonie, wurden beobachtet.

Sehr oft traten im Verlaufe der Krankheit Anfälle von Bewußtlosigkeit mit und ohne kortikale Reizsymptome auf, an die sich meist schubweise Verschlimmerung der psychischen und nervösen Erscheinungen anschloß. Manchmal blieben noch tagelang Zuckungen in gewissen Muskelgruppen zurück, ebenso passagere und restierende Lähmungen, komatöse und delirante Zustände. Die Lähmungen bestanden in Fazialis- und Hypoglossusparesen sowie Extremitätenlähmungen hemiplegischen Charakters, die später oft nur noch in einseitigen Reflexsteigerungen und Babinski nachweisbar waren. Die Augenmuskeln waren intakt. Schluckstörungen fand ich nur bei tiefer Benommenheit.

Das Verhalten der Pupillen zeigte keine Beeinflussung durch die Schlafkrankheit, abgesehen von hin und wieder festzustellender Verlangsamung der Lichtreaktion bei tiefem Sopor und einer einmal beobachteten, vielleicht angeborenen Differenz. — Sehr häufig fand ich Protrusion der Bulbi, einmal vorübergehend auf einer Seite stärker ausgesprochen. Ich traf sie zusammen mit Pulsbeschleunigung, zweimal auch mit Verlangsamung, so daß mir ein Zusammenhang zwischen diesen Erscheinungen zu bestehen schien. Anomalien der Schweißsekretion konnte ich dabei nicht nachweisen. — Artikulatorische Sprachstörungen waren oft unverkennbar. Ebenso mehrmals aphasische. Ein Patient war nach einem Anfalle vorübergehend asymbolisch. — Eines der konstantesten Symptome war zerebellare Ataxie und allgemeiner bei Bewegungen zunehmender Tremor, oft auf einer Seite vorwiegend. Dabei waren die Sehnenreflexe



meist gesteigert, die passive Beweglichkeit der Extremitäten oft erhöht bis zur ausgesprochenen Rigidität, was eine charakteristische Gehstörung verursachte. — Die Haut- und tiefe Sensibilität erwies sich, soweit zu prüfen, stets intakt.

Choreatische Störungen bildeten ein nicht seltenes Reizsymptom. Öfters traten sie nach Anfällen und auf einzelne Extremitäten beschränkt auf. Einmal aber bestand ein Zustandbild, das der Chorea minor sehr ähnlich war. Dieser Fall kam bald zum Exitus.

Eindeutig spinale Symptome fand ich nur in einem Falle. Es handelte sich um eine plötzlich entstandene spastische Paraparese mit Blasen- und Mastdarmstörung. Allerdings fanden sich bei diesem Patienten auch Zeichen alter Lues in Form von Iritis. — Fehlen der Patellar- und Achillessehnenreflexe fand sich nur in solchen Fällen, in welchen Neuritis nicht sicher ausgeschlossen war. Sensibilitätstörungen spinaler Natur konnte ich nicht nachweisen.

Der Exitus erfolgte oft im Status oder bald nach Anfällen, oft auch bei hochgradiger Abmagerung und tiefer Verblödung.

Bei den drei von mir obduzierten Leichen war der makroskopische Hirnbefund so gut wie negativ. Die Gehirne waren blutarm und zeigten geringe Vermehrung der Flüssigkeit in den Ventrikeln und Piamaschen. — Der makroskopische Befund der Gehirne entsprach im wesentlichen dem von *Spielmeyer* geschilderten. In dem einen Halsmark fand sich eine aufsteigende Degeneration der *Goll*schen Stränge und der Kleinhirnseitenstrangbahn, die wohl auf einen zu vermutenden spinalen Herd zurückzuführen war. Wenigstens erscheint die Annahme einer primären Degeneration nicht wahrscheinlich.

A. Wetzel-Heidelberg: Über Amentia. (Ungeeignet zu auszugweiser Veröffentlichung; erscheint andernorts ausführlich.)

3. Sitzung.

Dienstag, den 26. Sept., nachm. 3 Uhr.

Gemeinschaftlich mit der Abteilung für gerichtliche und soziale Medizin.
Vors.: *F. Karrer*-Klingenmünster. Zahl der Teilnehmer: 59.

O. Bumke-Freiburg i. B.: Über nervöse Entartung. Referat I, allgemeiner Teil.

Das Entartungsproblem ist sehr viel älter als die wissenschaftliche Psychiatrie. Die Tatsache, daß Völker und Geschlechter kommen und gehen, steigen und fallen, hat die Menschen zu allen Zeiten nach den Gesetzen dieses Schicksals fragen lassen, und wer den Verfall sah oder zu sehen glaubte, hat gewöhnlich nicht bloß schlechte Gesetze und schädliche Einrichtungen dafür verantwortlich gemacht, sondern zumeist auch seine Zeitgenossen gescholten, weil sie den Vorfahren an Wert — wirklich oder



vorgeblich — nicht gleichstanden. Wo aber in bestimmten Epochen die Furcht vor dem Untergange besonders lebhaft geworden ist, da hören wir auch von nervöser Entartung, von Krankheit, Selbstmord, von Verbrechen und vom Niedergange der Sitten.

Aber als Gegenstand psychiatrischer Forschung ist die Entartungsfrage doch relativ jungen Datums. Hier ist sie erwachsen als ein Zweig der Erblichkeitslehre, die seit der Mitte des vorigen Jahrhunderts die ätiologischen Anschauungen der Irrenärzte beherrscht, — also scheinbar unabhängig von allen historischen und sozialen Erwägungen und unabhängig auch von der populären Furcht vor dem Niedergang einer Nation, oder wie man heute sagt: einer Rasse. Aber diese Unabhängigkeit ist wirklich nur scheinbar. *Morels* schöpferische Arbeiten fallen gerade in die Zeit, in der die Psychiatrie, neben den eigentlichen Geistesstörungen, Formen und Äußerungen seelischer Anomalien zu behandeln begann, die früher lediglich vom moralischen oder höchstens vom sozialen Standpunkte aus betrachtet worden waren. Verbrechen, Laster und Selbstmord haben immer schon als Anzeichen des Verfalls gegolten, und nur die Verwandtschaft dieser Erscheinungen mit den Geisteskrankheiten war früheren Zeiten entgangen. Seitdem die Psychiatrie auch sie in ihr Forschungsgebiet hineinbezogen hat, mußte sie das Entartungsproblem übernehmen und an seiner Lösung mitarbeiten.

Auch das besondere Interesse, das heute diesen Fragen zugewandt wird, ist wieder einer Ausdehnung des psychiatrischen Interessenkreises zu verdanken. Heute ist es die soziale Strömung unserer Zeit, die die Entartungsfrage immer wieder an die Oberfläche treibt und nicht aus unseren Augen verschwinden läßt.

Dazu kommen noch andere Beziehungen. Als *Morels* Arbeiten in weiteren Kreisen Beachtung zu finden begannen, da stand die ganze Naturwissenschaft schon im Zeichen der Evolutionstheorie. So ist die Entartungslehre von ihren ersten Anfängen an mit dem Entwicklungsgedanken unlöslich verknüpft, und nicht zufällig ist der Schwerpunkt bei ihrer Behandlung in den letzten Jahrzehnten mehr und mehr ins anthropologische Gebiet verlegt worden. Degenerations- und Rassenprobleme gehören untrennbar zusammen.

Daraus ergibt sich dann endlich ohne weiteres eine nahe Berührung auch mit der Geschichtswissenschaft. Jede Entartung läßt sich immer nur als Vorgang, als Entwicklung, läßt sich also, soweit sie den Menschen betrifft, nur historisch begreifen. Nur aus der Beobachtung vieler Generationsfolgen, die dem einzelnen versagt bleibt, und nur durch den Vergleich dieser Geschlechter kann die Richtung erschlossen werden, in der die Kurve ihres Schicksals verläuft.

So schneiden sich an diesem Punkte bei der Lösung einer Aufgabe sonst scharf getrennte Gebiete der Wissenschaft. Historiker, Nationalökonomen, Anthropologen und Ärzte vereinigen sich zu gemeinsamer



Arbeit oder sollten es tun. Man wird nicht sagen dürfen, daß die Medizin die Führung übernommen und behalten hat; angesichts der ungeheuren populären Literatur, die seit Jahrzehnten in allen möglichen Formen und stets unter medizinischen Gesichtspunkten die Dekadenz behandelt hat, könnte es wohl so scheinen; aber wer ehrlich sein will, muß zugeben, daß die wissenschaftlichen Leistungen seit *Morel* den Anspruch nicht rechtfertigen. Gewiß, auf klinischem Gebiete, in der Erforschung der nervösen Leiden, die heute als Entartungzustände bezeichnet werden, ist viel erreicht worden; die Grundfragen jedoch, was denn Entartung sei, und ob es das überhaupt gibt, was man so nennt, die sind keineswegs häufig und noch seltener ganz konsequent in Angriff genommen, geschweige denn gelöst worden.

Vielleicht ist die Lösung sehr einfach. Vielleicht gibt es gar keine Degeneration im psychiatrischen Sinne. Sehr gewichtige Stimmen haben sich gegen *Morels* Lehre gewandt, und *Rieger* sagt geradezu: das Wort Entartung ist eine deklamatorische Phrase. Andere wieder halten gerade dieses Problem für eines der dringendsten unserer Zeit, und *Kraepelin* meint, die Erörterung dieses Themas müsse zunächst ständig auf der Tagesordnung bleiben.

Solche Differenzen der Auffassung können in einer verschiedenen Beurteilung der Tatsachen begründet sein; aber hier wie überall, wo eine Einigung der Fachgenossen gar nicht erfolgen will, wird man auch danach fragen müssen, ob denn der Sinn des Wortes Entartung feststeht, und ob nicht ein Mißverständnis möglich ist.

Was bedeutet das Wort Entartung? Im populären Sinne zunächst ein moralisches Werturteil. Ein entartetes Kind ist ein besonders schlechtes Kind, und Verbrecher und Lumpen nennt man degeneriert.

Kein Zweifel, daß die Psychiatrie dem Worte d i e s e n Sinn nicht unterlegen will, denn die Medizin hat mit moralischen Werturteilen nichts zu tun. Aber wir sprechen doch auch vom degenerativen Charakter der Hysterischen, von degenerativen Beimengungen zu dem Bilde einer sonst typischen Psychose, von degenerativen Persönlichkeiten, und es wäre gewiß nicht schwer, an der Hand publizierter Krankengeschichten den Nachweis zu erbringen, daß sich der Eindruck der Degeneration nicht ganz selten auf die Beobachtung moralischer Defekte gegründet hat.

Hier mag es genügen, festzustellen, daß das Wort Entartung im psychiatrischen Sprachgebrauch keine ethische Verurteilung bedeuten soll. Aber deshalb ist der Begriff keineswegs von jedem Werturteil ganz frei. Das liegt schon im Worte. Die Abart kann ebenso wertvoll sein wie die Art, oder auch wertvoller; aber was entartet ist, das ist schlechter. Eine Definition, die das nicht zum Ausdruck bringt, würde den klaren Wortsinn vergewaltigen. Nur ist natürlich der Maßstab, den wir bei solcher Wertung anwenden, ein biologischer: der der Zweckmäßigkeit. Ein schwachsinniger Verbrecher z. B. ist nicht bloß ethisch, sondern auch biologisch wertlos,



entartet, denn er gehört, vom medizinischen Standpunkt aus betrachtet, in eine Gruppe, die unter der des gesunden Menschen steht. Gesundheit ist zweckmäßig, Krankheit zweckwidrig, und ein entarteter Mensch ist für sich selbst oder für die Gesellschaft oder aber für beide unzweckmäßig organisiert.

Wir würden also mit *Moebius* und vielen andern als ein wesentliches Kriterium der Entartung eine ungünstige oder besser noch unzweckmäßige Abweichung vom Typus anzusehen haben. Es ist klar, daß dieses Merkmal nicht das einzige sein kann. Bliebe es das, so umfaßte der Begriff von vornherein alle überhaupt denkbaren Krankheiten — wohl neben vielem anderen.

Wieder enthält schon das Wort Entartung selbst den Hinweis, wie diese Schwierigkeit vermieden werden kann. Entartung muß die Art angehen, und Degeneration ist jede von Generation zu Generation fortschreitende Verschlechterung der Art. Handelt es sich um psychische Entartung, so wird sie sich in einer progredienten Verschlechterung eben der nervösen Widerstandfähigkeit äußern.

Bis dahin erscheint alles klar. Aber hier fangen die Schwierigkeiten an. Sie gehen bis auf *Morel* selbst zurück, nach dem diese Abnahme des nervösen Gesundheitzustandes durch erbliche Einflüsse zustandekommen sollte. Das Schema *Morels* ist ja bekannt: nervöses Temperament und Ausschweifungen in der ersten, Schlaganfälle, Epilepsie, Hysterie und Alkoholismus in der nächsten Generation; dann in der dritten Selbstmord, Psychosen und Geistesschwäche und endlich in der vierten angeborene Blödsinnzustände und Mißbildungen — so sollte die Degeneration von Geschlecht zu Geschlecht zunehmen und die erkrankte Familie schließlich zum Aussterben bringen.

Man braucht heute nicht mehr zu beweisen, daß diese Skala der Entartung tatsächlich kaum jemals vorkommt. Aber man hat leider in der Psychiatrie daraus die Konsequenz gezogen, die fortschreitende Verschlechterung der Gesundheit, den Degenerationsprozeß also, ganz in den Hintergrund zu rücken. Statt dessen hat man allen Nachdruck auf das Moment der Erblichkeit gelegt, und schließlich sind pathologische Heredität, psychopathische Konstitution und nervöse Entartung identische Begriffe. Der Erfolg ist bekannt: es gibt heute keine endogene Geistes- und Nervenkrankheit und überhaupt kein nervöses Symptom mehr, das nicht gelegentlich zur Entartung gerechnet würde; ja oft genug hat man den Nachweis bestimmter körperlicher Varietäten für ausreichend gehalten, um den Träger für dekadent zu erklären. Dazu kam noch eine starke Überdehnung des Begriffs des Psychopathologischen selbst; man mußte einen erheblichen Teil der Menschheit für entartet halten, wenn man mit dem Genie den Anfang machte.

Es ist klar, daß die ganze Lehre so schließlich in Liquidation geraten muß. Der Degenerationsbegriff wird so verwaschen, daß er überflüssig



wird. Sehen wir von dem Prozesse ganz ab und sprechen bei jedem sogenannten Belastungszeichen von Degeneration, gleichviel, ob sein Besitzer einer aufsteigenden oder einer absteigenden Familie angehört, so haben wir höchstens ein Wort mehr, sicher aber keinen Begriff, mit dem sich fruchtbare Arbeit leisten ließe.

Selbstverständlich wäre diese Entwicklung trotzdem dann notwendig und ihr Abschluß erwünscht, wenn es in der Psychiatrie wirklich nichts gäbe, was den Namen Entartung verdiente. Man hat ja oft genug vor dem heillosen Mißbrauch gewarnt, der mit dem Worte getrieben wird. Wenn Wort und Begriff trotzdem nicht verschwinden wollen, so muß doch wohl irgendein Bedürfnis für sie vorliegen.

Das Bedürfnis ist klar auf sozialem und anthropologischem Gebiet. Existiert es für die Psychiatrie nicht? Die Antwort werden die Tatsachen geben müssen. Wann spricht man von Degeneration? Wenn die körperliche Tüchtigkeit oder wenn die Kulturleistungen eines Volkes sinken, wenn Krankheiten, Kinderlosigkeit, Selbstmorde und Verbrechen zunehmen, wenn Syphilis und Alkohol um sich greifen.

Das alles wäre ohne erbliche Einflüsse denkbar, und deshalb hat die Nationalökonomie bei ihrer Untersuchung des Entartungsproblems die Frage der Heredität von jeher ignoriert. Auch die Psychiatrie wird beide Begriffe nicht mehr wie bisher identifizieren dürfen. Möglich ist eine Verschlechterung des nervösen Gesundheitzustandes, die rein infolge exogener Ursachen von Geschlecht zu Geschlecht fortschritte, jedenfalls, und da, wo sie nachgewiesen werden sollte, wird man trotz aller Definitionen stets von Entartung sprechen. So haben wir zwei Aufgaben, zwei Probleme vor uns: das allgemeine: ob eine nervöse Entartung, eine von Generation zu Generation fortschreitende Verschlechterung der nervösen Gesundheit, überhaupt nachweisbar ist, und das spezielle: ob eine solche fortschreitende nervöse Entartung auch aus erblicher Ursache, so wie es *Morel* glaubte, vorkommt.

Freilich unter einer Voraussetzung fallen beide Probleme doch wieder zusammen, und diese Voraussetzung wird gerade in medizinischen Kreisen oft genug gemacht. *Martius* hat vor einigen Jahren gesagt: „Das ganze Entartungsdogma der Menschheit steht und fällt mit der Annahme, daß „erworbene“ pathologische Eigenschaften auf die Nachkommenschaft übertragen werden oder wenigstens übertragen werden können“. Das bezieht sich in dieser Form natürlich nur auf die ererbte Entartung, aber selbstverständlich müßte jede Degenerationsgefahr, auch wenn sie aus exogener Ursache entstanden ist, ungeheuer wachsen, wenn jede Verschlechterung einer Generation auf die nächste vererbt zu werden vermöchte.

Tatsächlich ist nun, wie gesagt, diese Annahme, dieser „naive Lamarckismus“, wie *Martius* es genannt hat, den meisten Ärzten so geläufig, daß viele eine experimentelle Prüfung für vollkommen überflüssig angesehen haben. Selbst *Virchow* lehrte in seiner Zeit, in der brauchbare

Tatsachen überhaupt noch nicht vorlagen: „Ein lebendes Wesen, untre andere Bedingungen versetzt, ändert seine Funktionen und Gewohnheiten, und was es erwirbt, kann es vererben.“ Heute ist es bekanntlich besonders *Semon*, der mit Entschiedenheit für diese Behauptung eintritt. Auf der andern Seite haben *August Weismann* und seine Schüler und von Pathologen *Ziegler*, *Weigert* und viele andere das Dogma bekämpft, und schon *Meynert* hat besonders den Glauben an die erbliche Übertragung von Bewußtseinsinhalten als einen monströsen Denkfehler bezeichnet. Der Fehler wird uns auch heute noch oft genug zugemutet, aber im ganzen ist doch ein großer Fortschritt insofern erreicht worden, als an die Stelle theoretischer Erwägungen und aprioristischer Behauptungen experimentelle Untersuchungen getreten sind.

Das Ergebnis dieser Versuche ist, soviel ich sehe, der Lehre von der Vererbung erworbener Eigenschaften nicht günstig gewesen. In jedem Falle kann man sagen, daß die wenigen Beobachtungen, die manche für diese Lehre in Anspruch nehmen, Analogieschlüsse für den Menschen nicht zulassen, und daß insbesondere die Entstehung erblicher Geisteskrankheiten mit ihrer Hilfe schlechterdings nicht erklärt werden kann.

Daß Verstümmelungen und ähnliches vererbt werden, glaubt längst kein Biologe mehr, und genau so steht es mit der Behauptung, funktionelle Abänderungen, durch Gebrauch oder Nichtgebrauch z. B., gingen auf die Deszendenz über. Aber auch den bekannten Experimenten von *Brown-Séquard*, *Westphal*, *Obersteiner* und *Romanes*, an die in der psychiatrisch-neurologischen Literatur die Diskussion über diese Frage anzuknüpfen pflegt, kann keinerlei Beweiskraft zugesprochen werden.

Das Wesentliche bei diesen Versuchen war bekanntlich in dem gelegentlichen Auftreten epileptischer Anfälle bei Tieren gelegen, die von auf mannigfache Weise operierten und auf diese Weise epileptisch gemachten Eltern abstammten. Selbstverständlich muß die tatsächliche Richtigkeit dieser Beobachtungen anerkannt werden, aber beweisen sie wirklich die erbliche Übertragung erworbener Qualitäten? Gewiß nicht. Denn das würde heißen: die Kinder bekamen epileptische Anfälle, weil die Eltern epileptisch gewesen waren. Der wahre Tatbestand aber ist einfach, daß die Kinder häufiger epileptisch wurden, wenn ihre Eltern operiert waren. Aber auch dieser Zusammenhang wurde sehr oft vermißt, und wir wissen heute, warum. Meerschweinchen — um die handelt es sich — neigen außerordentlich zu solchen Insulten, und sie reagieren damit — der eine Stamm mehr, der andere weniger — auf viele Schädlichkeiten. Wo diese Tendenz besteht, wird sie natürlich vererbt werden, und somit kann aus den gesamten Versuchen nur das eine geschlossen werden: daß die Abkömmlinge operierter Tiere zuweilen weniger widerstandfähig sind als andere. Dabei handelt es sich um eine konstitutionelle Schädigung, über deren Wesen wir allerdings genau so wenig wissen, wie über die Ursache der Epilepsie bei den operierten Tieren selbst. Übrigens kennen wir



einen ganz ähnlichen Zusammenhang aus der klinischen Medizin. Auch chronische Trinker neigen bekanntlich zu epileptischen Insulten, und die Kinder von Säufern sind besonders häufig Epileptiker. Noch niemand hat behauptet, daß es sich hier um Vererbung handle, und daß die Krampfanfälle des Vaters ein notwendiges Bindeglied in der Kausalkette darstellten.

In beiden Fällen, bei den Experimenten *Brown-Sequard*s und bei der Alkoholvergiftung der Deszendenz handelt es sich vielmehr um einen Vorgang, der oft mit dem der Vererbung verwechselt worden ist, der aber im Grunde sehr wenig mit ihm zu tun hat: um eine Keimschädigung. Keimvergiftungen — durch Alkohol, Blei, Quecksilber oder durch Toxine von Infektionskrankheiten — sind ja lange bekannt, und daß die angeborene Syphilis z. B. keine ererbte ist, braucht hier nicht ausgeführt zu werden. Für die Entartungsfrage aber spielen diese Keimschädigungen vielleicht eine Rolle, die über die Wirkung von Giften und Infektionskrankheiten noch weit hinausgeht. Es ist nicht unmöglich, daß viele Allgemeinkrankheiten und daß die bloße konstitutionelle Schwäche der Eltern auf die Kinder ganz ähnlich wirken. Ja, vielleicht finden die nie bewiesenen, aber auch nie widerlegten Behauptungen: zu hohes oder zu geringes Alter der Eltern könnte für die Nachkommen verhängnisvoll werden, oder: gerade die Erstgeborenen seien am häufigsten von der Degeneration betroffen, auf diese Weise ihre einfachste Erklärung. Und endlich lassen sich unter dieser Voraussetzung auch wohl die Tatsachen besser verstehen, die zu der Lehre von dem Polymorphismus der Vererbung Veranlassung gegeben haben. Diese Lehre spielt ja auch in *Morel*-Schema eine Rolle, und neuerdings hat *Moebius* ausgesprochen: die Neurasthenie sei gewissermaßen der Urschleim, aus dem alle endogenen Nerven- und Geisteskrankheiten entstünden. Das ist gewiß nicht richtig, aber vielleicht ist die Nervosität, die psychopathische Anlage, deshalb so häufig und so proteusartig vielgestaltig, weil sie durch sehr verschiedenartige Keimschädigungen bedingt sein kann. Viele sogenannte Neurastheniker sind doch im Grunde körperlich schwächliche und nur deshalb auch nervös weniger widerstandfähige Menschen.

Aber das alles sind im Grunde doch nur Vermutungen. Was wir über die Keimschädigungen positiv wissen, das ist ganz außerordentlich wenig. *Eugen Albrecht* hat vor wenigen Jahren erklärt, es sei nicht einmal sicher, daß der Alkohol auf die Keimzellen überhaupt irgendwie einzuwirken vermöchte. Darin weichen wohl die meisten Pathologen von ihm ab, und gerade innerhalb der Psychiatrie lassen sich Beziehungen zwischen Idiotie und Epilepsie und dem Alkoholismus der Eltern schlechthin nicht mehr bestreiten. Aber über die Häufigkeit solcher Vergiftungen wissen wir gar nichts, und die neuesten, durch *Pearson*s Autorität gestützten Untersuchungen *Elderton*s haben die Anschauung, als ob die Kinder enthaltsamer Eltern grundsätzlich moralisch, geistig und körperlich tüchtiger



wären als die von Trinkern, sehr schwer erschüttert. Auf noch schwächeren Füßen steht von jeher die bisher niemals bewiesene Behauptung von der schädlichen Wirkung der Zeugung im Rausch.

Immerhin ist eine Folge der Trunksucht, die für die Art wesentlich ist, sichergestellt, das ist die quantitative Beschränkung der Nachkommenschaft. Die Münchener Klinik hat z. B. festgestellt, daß in Trinkerfamilien die Zahl der Kinder die der Eltern schon bei deren Lebzeiten nicht erreichte.

Die andere große Volkseuche, die Syphilis, wirkt ja bekanntlich ganz ähnlich, nur noch verheerender. Auf die Häufigkeit von Fehl- und Totgeburten infolge elterlicher Lues braucht hier ebensowenig eingegangen zu werden als auf die Krankheitäußerungen kongenitaler Lues bei lebenden Kindern.

Aber was wir wieder n i c h t kennen, das sind die Grenzen, die der Ausbreitung dieser Schädlichkeiten gesetzt sind. Gewöhnlich nimmt man, wenn man von Keimschädigung oder von Keimvergiftung spricht, eine unaufhaltsame Degeneration des ganzen Geschlechtes an. Aber in Wahrheit ist eine solche Fortwirkung des Giftes über die noch unmittelbar betroffene zweite Generation hinaus keineswegs sicher bewiesen worden. Daß sie nicht eintreten muß, liegt ja auf der Hand, denn die Keimvergiftung stellt eine Vergiftung des werdenden Kindes dar, auf dessen eigenes Keimplasma brauchte die Schädlichkeit nicht überzugreifen.

Wieder ist, was an Tatsachen über diese Frage vorliegt, außerordentlich wenig. Von experimentellen Untersuchungen scheint allein die von *Manfred Fraenkel* zu beweisen, daß die Röntgenbestrahlung eines Tieres auch die Entwicklung seiner Enkel noch aufzuhalten vermag. Aber bisher verfügt *Fraenkel* über ein einziges solches Enkeltier, und die Nachprüfungen, die ich im größeren Maßstabe vorgenommen habe, sind bisher noch nicht abgeschlossen. Die zahlreichen Tierexperimente, die man mit Alkohol angestellt hat, sind fast niemals bis in die dritte Generation fortgeführt worden, und wo es doch geschehen ist (*Combemale*), da ist das Resultat nicht eindeutig gewesen.

Aber für die Syphilis, wird man einwenden, liegt doch die bekannte Untersuchung von *Fournier* über die dritte Generation erkrankter Familien vor. In 45 Familien dieser Art lieferten danach 145 Schwangerschaften 82 Aborte oder tote Kinder, und von 63 lebenden waren nur zwei frei von Mißbildungen. Darunter befanden sich alle diejenigen, die man sonst als Stigmata hereditatis anzusehen pflegt. Diese Daten scheinen deutlich genug zu sprechen. Angesichts der zahlreichen Fehlerquellen jedoch, die die Resultate gerade solcher Untersuchungen zu trüben vermögen, mußten Nachprüfungen dieser Arbeit abgewartet werden. Und *Finger*, der dann das gesamte bisher vorliegende Material zusammengestellt hat, ist zu der Ansicht gekommen, eine Degeneration der dritten



Generation infolge der Syphilis der Großeltern sei bisher nicht erwiesen. Fest stünde nur, daß sich die Polyletalität, die Zeugung lebensunfähiger Kinder, auch in der dritten Generation noch erhält. Die Syphilis führt also weniger zur Entartung als zur Dezimierung der Rasse.

Auch diese Feststellung ist dem Schema *Morels* nicht günstig. Wenn durch Giftwirkungen irgend welcher Art ständig neue Quellen der Entartung geschaffen würden, die nun ganze Geschlechter durchseuchten, und wenn dazu jede Störung des nervösen Gleichgewichts, die dem einzelnen das Leben einbringt, auf seine Nachkommen übergehen könnte, dann wäre in der Tat eine progrediente, nervöse Entartung leicht möglich. So wie die Dinge in Wirklichkeit liegen, wird immer nur die zufällige Häufung endogener und exogener Schädlichkeiten ausnahmweise einmal das eintreten lassen, was nach *Morel* ein gesetzmäßiges Schicksal sein sollte, und sicher ist *Morel* selbst, der in seinem Werke Kretinismus und Paralyse als Äußerungen der Entartung anführt, durch solches Zusammentreffen irregeführt worden. Seither ist meines Wissens nur ein einziger Fall bekannt geworden, in dem bei der erblichen Übertragung einer Krankheit ein Fortschreiten, eine von Generation zu Generation zunehmende Verschlechterung eintritt; das ist der, den *Bing* hervorgehoben hat: das Auftreten bestimmter hereditärer Nervenkrankheiten in immer früheren Lebensperioden. Im übrigen aber enthält die Lehre von der pathologischen Heredität nichts, was *Neumann* widerlegte, der schon vor Jahrzehnten *Morels* Schilderungen einer fortschreitenden Degeneration als Roman zurückwies. Mit ihm haben *Tigges* und *Meynert* gegen diese Lehre protestiert, und *Meynert* nannte es kritiklos, „eine Denkweise über die Ätiologie“ zuzulassen, „welche einen ganz mythischen, aller mechanischen Angriffpunkte entbehrenden Begriff der Erblichkeit in fast urteilsloser Weise verallgemeinert“.

Wie berechtigt diese Kritik der Erblichkeitslehre gewesen ist, braucht heute nicht mehr gezeigt zu werden. Das stolze Gebäude, welches die psychiatrische Hereditätsforschung aufgerichtet hatte, ist in den letzten Jahren Stück für Stück abgetragen worden. Nicht zur Entartung führen die Vererbungsgesetze, sondern zur Regeneration. Keine von Generation zu Generation zunehmende Verstärkung, keine unaufhaltsame Ausbreitung endogener Krankheitsanlagen, sondern eine fortgesetzte Verdünnung. Der Einzelne ist das Produkt ungezählter erblicher Faktoren — schon in der 16. Generation haben wir über 65 000 Ahnen —, von denen jeder einzelne wirksam werden kann, keiner es zu werden braucht. Die Anschauung, daß dabei die kranken Anlagen grundsätzlich überwiegen, ist falsch; die Chancen sind wohl genau die gleichen wie für die gesunden, und deshalb besteht eine gewisse Wahrscheinlichkeit der Erkrankung nur für den, der von beiden Eltern in gleichsinniger Weise belastet ist. Gerade dadurch wird die Gefahr noch mehr eingeschränkt, daß nur verwandte Anlagen, also die zu endogenen Psychosen im Sinne der heutigen Psychiatrie z. B.,

einander verstärken können. Deshalb ist der Wunsch so absurd, alles, was an pathologischen Zügen in der Aszendenz eines Menschen nachweisbar ist, zusammenaddieren und nun in einem psychiatrischen Kurszettel die Gesamtbelastung in Zahlen darstellen zu wollen.

Auch das meiste von dem, was über die schädlichen Folgen der Inzucht behauptet worden ist, hat sich nicht bestätigt. Die Genealogie hat gezeigt, daß in geographisch engen Bezirken die Menschen hundert- und tausendfach untereinander verwandt sein müssen, einfach weil die theoretische Zahl ihrer Ahnen viel größer ist als die tatsächliche Bevölkerungziffer in früheren Jahrhunderten gewesen war. Die Tierzüchter wissen längst, daß zur Erzeugung edler Rassen eine gewisse Inzucht oder sogar Inzestzucht unentbehrlich ist, und die moderne Anthropologie nähert sich diesem Standpunkte täglich mehr. Ja, *Reibmayr* hat nachgewiesen, daß bei allen Völkern die Kulturträger von einer durch Inzucht abgeschlossenen Aristokratie geliefert worden sind, und von den Ptolemäern und den Inkas hören wir sogar, daß sie durch mehr als ein Dutzend Generationen nur Geschwisterehen geschlossen haben, ohne der Degeneration zu verfallen. Die Inzucht verstärkt die Anlagen, gute wie schlechte, und nur deshalb wirkt sie in belasteten Familien verhängnisvoll.

Aber, behauptet man heute, unsere Kultur züchtet kranke, elende, nervöse Menschen. Wir verhinderten nicht nur die natürliche Auslese, die unerbittlich alles Minderwertige ausmerzt, sondern wir verkehrten sie sogar in ihr Gegenteil. In den modernen Kriegen würden die Tüchtigsten getötet, und die andern blieben am Leben und pflanzten sich fort. Moderne Hygiene und allerhand soziale Maßnahmen sonst erhielten Menschen, die unter natürlichen Verhältnissen zugrunde gehen mußten; die ärztliche Kunst mache mehr Individuen existenz- und damit heiratfähig, die ohne diese Hilfe zozial gescheitert wären und dann ihre Anlagen — zur Kurzsichtigkeit z. B. — nicht hätten vererben können. Und ganz besonders die moderne Irrenpflege behüte geisteskranke Mitglieder der Rasse, deren frühzeitiger Tod dringend gewünscht werden müßte.

Was ist an diesen Behauptungen richtig? Gewiß, nichts klingt einleuchtender, als daß das Niveau des Ganzen sinken muß, wenn bei der Fortpflanzung die minderwertigen Erbanlagen in Vorteil kommen. Aber nach den Erfahrungen der modernen Biologie stellen sich die Dinge doch wesentlich anders dar. Der Wirksamkeit der Selektion sind offenbar sehr enge Grenzen gesteckt. Sie vermag i. Allg. nur Eigenschaften zu isolieren, die der Art von jeher eigentümlich waren, und soviel Abweichungen nach oben und nach unten, soviel Plus- und Minusvarianten auch vorkommen, die Hoffnung, aus ihnen neue dauernde Abarten zu züchten, hat man aufgeben müssen. Immer tritt der Rückschlag zum Grundtypus ein, und die Erfahrungen über die Nachkommen der Genies beim Menschen illustrieren nur ein allgemeines biologisches Gesetz. *Pelmans* Idee: das Genie von heute wird der normale Mensch von morgen sein, ist sehr wenig



begründet; bisher wenigstens hat sich der historische Mensch nach *Lorenz* überhaupt nicht geändert.

Schon diese allgemeinen Tatsachen widerlegen — wie den weitverbreiteten Fortschrittsgedanken — so doch auch den der Entartung durch Selektion. *M. v. Gruber* hat aber überdies mit vollem Recht auch die speziell gegen die moderne Hygiene erhobenen Vorwürfe zurückgewiesen. Die ärztliche Prophylaxe erhält viel häufiger gesunden Menschen durch die Verhütung von Krankheiten ihre Widerstandkraft, als sie die natürliche Beseitigung der von Geburt an Schwächlichen verhindert. Und die Befürchtungen, die in dieser Beziehung gerade neuerdings wieder in bezug auf die Psychiatrie geäußert werden, lassen sich besonders leicht zerstreuen. Was heißt das, die moderne Irrenpflege züchte Geisteskranke? Vielleicht hält sie sie länger am Leben, aber es besteht doch kein Zweifel, daß heute viel mehr Kranke eingesperrt und an der Fortpflanzung verhindert werden als früher. Wie gesagt, es ist sehr zweifelhaft, ob der Zustand früher gar so gefährlich war, und von einer Kastration geisteskranker Individuen wollen heute doch nur wenige Irrenärzte etwas wissen; aber zu behaupten, daß die Vererbung psychopathologischer Anlagen in unseren Tagen gegen früher erleichtert sei, das heißt einfach die Tatsachen umkehren. Auch außerhalb der Irrenanstalten scheitern heute sicher mehr abnorme Menschen durch Selbstmord, Verbrechen und sozialen Schiffbruch und kommen nicht dazu, eine Familie zu begründen.

Alles in allem: auf logischem Wege, a priori läßt sich die nervöse Entartung nicht beweisen. Wenn wir die Gründe, die zu diesem Zwecke angeführt zu werden pflegen, kritisch prüfen, so sprechen sie eher gegen eine solche Möglichkeit. Daß es eine erbliche Entartung im Sinne *Morels* nicht gibt, das zeigt überdies die einfache Beobachtung der klinischen Tatsachen. Aber darum könnten wir doch im ganzen nervös kränker geworden sein, als unsere Vorfahren waren. Auch darüber werden die Tatsachen entscheiden müssen.

Allerdings: diese Tatsachen sind nicht leicht zu finden, und noch schwerer sind sie zu deuten. Entartung ist etwas Relatives und kann nur durch den Vergleich mit früheren Geschlechtern erkannt werden. Und von denen wissen wir wenig.

Man hat deshalb versucht, statt dessen unsere nervöse Gesundheit mit der zu vergleichen, die bei heute lebenden Völkern von niederer Kulturstufe festgestellt werden kann. Denn die Zivilisation, die Kultur soll es ja doch sein, die uns entarten läßt.

Auch dieser Versuch hat kein Ergebnis gehabt. Er stößt schon der verschiedenen Rassendisposition wegen auf fast unüberwindliche Schwierigkeiten. Wo sich aber doch ein Urteil hat gewinnen lassen, da zeigt sich nur eines, daß Rassen, die bis dahin auf niederer Kulturstufe gelebt haben, die Berührung mit einer höheren Zivilisation nicht ohne Schaden ertragen.



Das ist der Grund für den Niedergang bei den Negern nach der Emanzipation, und das ist wahrscheinlich auch die Ursache der Degeneration, die heute *Mattauscheck* in Bosnien und der Herzegowina festgestellt hat.

Es ist klar, daß daraus Schlüsse auf ein Volk, das seine Kultur in allmählicher und organischer Entwicklung selbst erworben hat, nicht gezogen werden können. Und so sind wir für die Beurteilung unseres nervösen Gesundheitzustandes lediglich auf den Vergleich mit unseren eigenen Vorfahren hingewiesen. Läßt sich da eine Verschlechterung feststellen?

Es ist nicht bewiesen, daß die Geisteskrankheiten im ganzen zugenommen haben, denn die Überfüllung der Irrenanstalten hat im wesentlichen äußere, soziale Gründe. Auch ob die Syphilis wirklich viel verbreiteter geworden ist, können wir nicht sagen; aber die Paralyse wenigstens wird heute wohl häufiger beobachtet als früher. Der Alkohol wird von der Industrie in größeren Mengen und billiger produziert, — daß er aber mehr Menschen geisteskrank macht, das ist wiederum bestritten, und nach *Cramer* ist darin sogar ein Rückgang festzustellen.

Allerdings, die Selbstmorde sind von Jahr zu Jahr häufiger geworden, und auch die Kriminalität zeigt, wenn auch in viel langsamerem Tempo, eine aufsteigende Kurve. Aber das genaue Studium der Bedingungen, unter denen dieser Anstieg gleichmäßig erfolgt (*Aschaffenburg*), ergibt, daß das beides soziale Erscheinungen sind. Sie beweisen nichts weiter, als was im Grunde jeder weiß: daß der Daseinskampf härter ist, daß das Leben mehr Reibungen bringt als noch vor 50 Jahren. Kein Wunder, daß mehr Psychopathen, mehr moralisch oder intellektuell Schwache zermalmt werden oder doch nicht mitkommen mit den andern. Dadurch wird die Art nicht schlechter.

Aber auch die Nervenkrankheiten nehmen zu. Selbst wenn wir alles abziehen, was in den besitzenden Klassen Mode und Abwechslungsbedürfnis und in Arbeiterkreisen soziale Fürsorge und neue Behandlungsmöglichkeiten an scheinbarem Zuwachs bringen: neurasthenische und hypochondrische Zustände sind doch wohl häufiger geworden, und nur die Kurve der Hysterie hat früher schon stärkere Gipfel erreicht. Bestimmte Formen nervöser Krankheit, wie Angstzustände, Phobien und Selbstvorwürfe nehmen täglich zu und zeigen eine direkte Abhängigkeit von den besonderen Zügen unserer gesellschaftlichen Einrichtungen. Die Unfallneurosen sind als unmittelbare Folgen der sozialen Gesetzgebung zu einer direkten Gefahr für unsere gesamte Arbeiterschaft geworden.

Dazu, unfaßbar im einzelnen und nur bei Betrachtung des Ganzen erkennbar, ein nervöser Grundzug, der unser ganzes Leben, das wirtschaftliche, das politische und auch das künstlerische durchsetzt. Keine eigentliche Krankheit, aber eine gewisse Hast, eine innerliche und äußere Unruhe, ein Hin- und Herschwanken der Stimmungen, eine bewußt angestrebte Verfeinerung des Gefühlslebens bis an die Grenze des mit den Anforde-

rungen des praktischen Lebens noch Vereinbaren — wir sind reizsamer geworden, sagt *Lamprecht.*

Ist das der Verfall? Stehen wir vor dem Untergang?

Daß das alles erworbene Zustände sind, steht außer Zweifel. Sie sind also auch nicht vererbbar, und wenn wir die nächste Generation wieder in das relativ behagliche Dasein früherer Epochen versetzen könnten, so würde sie sehr wahrscheinlich von unserer nervösen Empfindlichkeit gar nichts spüren. Also Ursachen des Untergangs können diese Erscheinungen nicht sein. Sind sie aber nicht vielleicht Symptome, die ersten Anzeichen des drohenden Untergangs?

Woran gehen denn Völker zugrunde und wodurch wird ihr Verfall kenntlich?

Wenn wir die Kette der Erscheinungen, die in Rom und Hellas dem gänzlichen Zusammenbruch vorangegangen sind, rückläufig verfolgen, so bildet ihr letztes Glied unzweifelhaft das Aussterben, die quantitative Abnahme der Bevölkerung. Die Nation verliert die physische Kraft, ihre Stellung zu behaupten. Auch die letzte Ursache dieser Entvölkerung, die gesetzmäßig in den oberen Schichten beginnt, ist bekannt: möglich, daß a u c h sexuelle Perversionen und eine Abnahme der physischen Fruchtbarkeit mitgewirkt haben; entscheidend war für Rom und Hellas der gleiche Vorgang, der das heutige Europa wieder gefährdet: die gewollte Beschränkung der Kinderzahl.

Erst an diesem Punkte beginnen die Schwierigkeiten, beginnen die Differenzen zwischen Milieu- und Rassetheoretikern. Für *Mommsen* lag die Ursache dieses Prozesses nur auf sozialem Gebiete, in der kapitalistischen Wirtschaftsordnung und ihren Folgen für das gesamte gesellschaftliche Leben. *Gobineau*, *Woltmann* und *Wilser* glaubten einen etwas anderen Hergang nachgewiesen zu haben: eine ungleichartige Mischung des Volkes von jeher, Aufsteigen der allein kulturfähigen (angeblich germanischen) Rasse zu führenden Stellungen, damit Abnahme ihrer Fruchtbarkeit, ihr allmählicher Verbrauch und Ersatz durch minderwertige Stämme; für das Ganze in dem Tempo dieser „Verpöbelung" ein Sinken der intellektuellen und moralischen Kraft, Sittenlosigkeit und Kinderlosigkeit auch bei der großen Masse und damit als Abschluß wieder das Aussterben, der Völkertod.

Welche Anschauung recht hat, muß hier unentschieden bleiben.

Aber sicher ist, daß in dieser Hinsicht auch unsere Kultur schon gefährdet erscheint. Noch steigt die Bevölkerungzahl in Deutschland, aber schon zeigt sich als warnendes Signal der ständige Rückgang der Geburtenziffer. Wenn es so weiter geht, werden wir den mongolischen Rassen weichen müssen.

Aber das alles ist keine nervöse Entartung. Nervöse Entartung ist Krankheit, nicht Tod. Und die nervösen Störungen, die unsere Zeit zeigt, sind sozialen Ursprungs, sind wie die körperliche Entartung der





Fabrikbevölkerung durch äußere Momente bedingt. Sind sie auch heilbar wie diese?

Die Frage ist in der letzten Zeit oft, und nicht bloß von Ärzten, aufgeworfen worden. Schon vor *His*, *Gaupp* und *Hoche* haben *Meyer* sowie der Geschichtsforscher *Lamprecht* und der Kunsthistoriker *Hamann* das eigentümliche nervöse Gepräge unseres gesellschaftlichen Lebens, unserer Literatur und unserer Kunst mit früheren Epochen verglichen. Das Ergebnis ist in vieler Hinsicht überraschend klar. Die Reizsamkeit unserer Zeit, der Subjektivismus in Literatur und Kunst und vor allem die hypochondrische Grundstimmung, das Mißtrauen in die eigene Widerstandkraft, der Glaube an den drohenden Untergang — das sind die gewöhnlichen Symptome aller Übergangsepochen. Sie künden noch nicht den Untergang an, sondern, wie *Lamprecht* es ausdrückt, nur eine ungeheuere „seelische und geistige Revolution", den Übergang von einer Kulturzeit in eine andere. Daher das Gefühl der Zerrissenheit, der inneren Unsicherheit und daher auch der Wunsch, in ursprüngliche Verhältnisse zurückzukehren, die Kulturflucht. Selbst bis in Einzelheiten der Form gleicht, wie *His* gezeigt hat, eine solche Epoche der anderen — auch wenn sie Jahrhunderte auseinanderliegen. Und zu den regelmäßigsten Erscheinungen gehört das gehäufte Auftreten funktionell nervöser Erkrankungen, gehört sogar eigentümlicherweise auch das Streben, bei bestimmten Naturheilmethoden seine Zuflucht zu suchen.

Die Kulturhöhe allein ist es nicht, die für diese Symptome verantwortlich gemacht werden muß. In der Zeit der Renaissance fehlten sie ganz, weil noch eine notwendige Voraussetzung fehlte: die Sekurität. In politisch bewegten oder in wirtschaftlich schwierigen Zeiten hören wir nichts von Hypochondrie. Es geht dem Ganzen wie dem einzelnen, sagt *Hoche*: äußerer Wohlstand und Fehlen drängender Sorgen disponiert zu grämlicher Selbstbeobachtung und hypochondrischen Klagen. Und umgekehrt: Wenn es an den Kragen geht, hört die Nervosität auf, meint *His*.

Auch das „Geschrei von der zunehmenden Verunartung" unseres Volkes, gegen das sich schon *Kant* gewehrt hat, gehört wohl hierher; auch die Entartungsfurcht ist nur ein Symptom der pessimistischen Grundstimmung unserer Zeit. Wie alle „Reizsamkeit" wird sie neuen Aufgaben, neuen Zielen, neuen Sorgen gegenüber nicht bestehen bleiben können.

Und das ist viel wichtiger als der Streit, ob die Entartung zugenommen hat, die Erkenntnis: daß sich alle wirklichen Degenerationserscheinungen, die wir feststellen können, auf äußere, auf soziale Ursachen zurückführen lassen. So ist uns die Möglichkeit geboten, ihrer Herr zu werden. Die Keimvergiftungen, Alkohol, Syphilis und alles, was hierher gehört, können beseitigt werden, wie Pocken und Pest schon aus unseren Grenzen vertrieben worden sind. Und mit den funktionellen Nervenkrankheiten verhält es sich so; ihre Häufigkeit hängt von den sozialen Verhältnissen ab und läßt sich also einschränken. Aber mit Psychopathen



und mit erblichen Geistes- und Nervenkrankheiten überhaupt werden wir für alle Zukunft rechnen müssen. Nur werden sie nicht zunehmen, denn die kranken Eigenschaften unterliegen denselben Vererbungsgesetzen wie die gesunden, und daß die erworbene Nervosität vererbbar wäre, ist eine Fabel. Schon deshalb ist es falsch, die allgemeine nervöse Entartung für die Zukunft zu behaupten und ihretwegen durch bedenkliche Eingriffe in die persönliche Freiheit derselben Kultur, die man erhalten möchte, ins Gesicht zu schlagen.

Zudem gibt es andere und viel wirksamere Mittel, unsern nervösen Gesundheitzustand zu verbessern. Das macht das Ergebnis wichtig, zu dem wir kamen: daß auch die Nervosität unserer Zeit eine soziale Erscheinung ist. Kein Fatum, kein unaufhaltsames, geheimnisvolles Geschick, sondern ein sichtbarer verwundbarer Feind — das ist die nervöse Entartung.

A. Schott-Stetten i. R.: Über nervöse Entartung. Korreferat. II. spezieller klinischer Teil. (Wurde verlesen.)

Die irrenärztliche Auffassung der Entartung verdanken wir dem französischen Irrenarzt *Morel*[1], welcher 1857 sein Buch „Traité des dégénérescences de l'espèce humaine" herausgab. Er beschreibt diese Degeneration wie folgt: „Den klarsten Begriff, den wir uns von der menschlichen Entartung bilden können, erhalten wir, wenn wir sie uns als eine krankhafte Abweichung vom ursprünglichen Typus vorstellen. Diese Abweichung, so einfach man sich dieselbe in ihrem ersten Anfange denken mag, umfaßt nichtsdestoweniger solche Elemente von Übertragbarkeit, daß derjenige, welcher Keime davon in sich trägt, je länger je unfähiger wird, seine Aufgabe in der Menschheit zu erfüllen, und daß der schon in seiner eigenen Person gehemmte intellektuelle Fortschritt sich auch noch bei seinen Nachkommen bedroht sieht. Entartung und krankhafte Abweichung vom Normaltypus der Menschheit sind deshalb nach meiner Auffassung ein und dasselbe Ding."

Schon *Morel*[1] wußte das biologische Gesetz der Heredität zu erkennen. Er wendet das Epitheton „degenerativ" auf alle Geisteskrankkeiten an, welche er in 6 Hauptgruppen einteilt:

1. Hereditäre Geistesstörung:

a) Das Irresein, welches auf einem angeborenen nervösen Temperament beruht;

b) das moralische Irresein, charakterisiert mehr durch die Verkehrtheit der Handlungen als durch die Störung der Intelligenz;

c) die Geistesschwachen, welche krankhaften Impulsen unterworfen und gedrungen sind, schädliche Handlungen zu begehen.



2. Toxische Geistesstörung.

3. Geistesstörung durch Umwandlung gewisser Neurosen. (Hysterisches, epileptisches, hypochondrisches Irresein.)

4. Idiopathische Geistesstörung.

Progressive Abschwächung der geistigen Fähigkeiten; allgemeine Paralyse.

5. Sympathische Geistesstörung.

6. Demenz. Schlußperiode verschiedener Affektionen.

Magnan [2, 3] und seine Schüler suchten die Gruppe der Entarteten schärfer zu umgrenzen (*Magnan*, Recherches sur les centres nerveux, Paris 1893) und stellten eine große Anzahl von Gruppen auf, welche fast sämtliche Psychosen in sich schlossen.

Déjerine [4] hat auf die körperlichen Merkmale der allgemeinen Entartung hingewiesen. Er sagt darüber unter anderem: „Die auffallendsten Merkmale sind die, welche das Knochensystem betreffen, und es ist lange her, daß man in diesem Sinne auf die Difformitäten des Schädeldachs achtgegeben hat, welche die verschiedenartigen Typen von Mikrozephalie, Hydrozephalie, Akrozephalie, Plagiozephalie, Skaphozephalie, Dolichozephalie .... und in schwächerem Grade die einfachen Vergrößerungen der Schädeltuberositäten und die regelwidrigen Schädelgruben zutage fördern. Man hat in diesen Fällen auch Anomalien in der inneren Konstruktion der Knochen, in der Art ihrer Entwicklung, ihrer Ossifikation und Nahtverbindung geltend gemacht. Das ganze Skelett kann in gleicher Weise betroffen sein; das Gesicht kann asymmetrisch, die Wirbelsäule verkrümmt sein; die Knochen der Gliedmaßen, in ihrer Entwicklung betroffen, können alle Erscheinungen der Rachitis darbieten; man hat auch die Möglichkeit des Vorkommens von schwimmhautartigen oder überzähligen Fingern, von Klumpfüßen verschiedener Form und von Plattfüßen betont.

Das Muskelsystem entwickelt sich spät und unvollständig; die Muskeln zeigen stets einen Zustand von eigenartiger Schlaffheit; sie können sogar atrophisch sein.

Der Verdauungsapparat bleibt auch nicht verschont; das Gaumengewölbe ist asymmetrisch, oft verengt, spitzbogig; die Lippen sind oft wulstig; einfache oder komplizierte Hasenscharten sind sehr häufig; die Zähne, unregelmäßig eingesetzt, erscheinen spät; ihre Zahl kann vermindert sein; sie werden leicht kariös. Prognathismus ist häufig.

Nicht selten sind Störungen der digestiven Funktionen: wie z. B. das Wiederkauen; ferner Hernien“.

Von seiten des Respirations- und Zirkulationsapparates werden unter anderem Lungentuberkulose und vasomotorische Störungen genannt.

Auch der Urogenitalapparat spielt hier eine nicht un-



wesentliche Rolle: Inkontinenz, Phimose, Hypospadie, verspäteter Descensus testicul., Anomalien der Vagina, Menstruationstörungen u. a. m.

Von den Anomalien der Haut seien nur Fettsucht und abnormer Haarwuchs, von den Anomalien der Augen Pigmenteinlagerungen der Iris, Schichtstar und Strabismus aufgeführt. Taubstummheit, Mißbildungen der Ohren wie angewachsene Ohrläppchen, Anomalien der Ohrmuschel. Stottern, falsche Aussprache.

Seitens des Nervensystems finden Erwähnung: Migräne, Schwindel, Konvulsionen, Tiks, Schlaflosigkeit und Alpdrücken.

Wir sehen aus dieser Zusammenstellung, wie zahlreich nach *Déjerine*[4] die körperlichen Merkmale der allgemeinen Entartung sind.

Die Ursachen der Entartung hat *Dallemagne*[5] zusammenzustellen gesucht; er hat eine so umfassende Zahl gefunden, daß man auf die ätiologischen Bedingungen der meisten körperlichen oder geistigen Krankheiten stößt.

Max Nordau[6] hat keine Bedenken getragen, in die Klasse der Entarteten auch Künstler, Musiker, Romanschriftsteller und Dichter einzureihen.

P. Dubois[7] weist mit Recht darauf hin, daß es unangebracht ist, immer nur von Degeneration zu sprechen, ohne der Regeneration zu gedenken. Er läßt sich darüber aus, wie folgt: „Das Wort „degeneriert“ setzt ein Vergleichsobjekt voraus. Man kann mit Bezug auf sich selbst, d. h. mit Rücksicht auf seine frühere Lebenstellung degeneriert sein, man kann es sein gegenüber seinen Eltern, seinen Vorfahren, den Personen seiner Umgebung, deren Einfluß wir doch unterworfen waren; und endlich könnten wir es nach der Auffassung von *Morel*, im Vergleich mit einem menschlichen Urtypus sein, der mit allen Vollkommenheiten ausgestattet war. ... Erblichkeit und äußere Verhältnisse spielen eine wichtige Rolle, und die Feststellung dieses unvermeidlichen Einflusses läßt die Prognose in einem noch schlimmeren Lichte erscheinen. Da gilt es, die psychischen und geistigen Merkmale aufzudecken, welche diese angeborenen Minderwertigkeiten kennzeichnen.

Vergessen wir aber nicht, daß die physischen Gebrechen keinerlei Maßstab für die psychische Krankheit abgeben. Die Menschheit ist in stetem Fortschritte begriffen, so daß es *Dubois* lächerlich vorkommt, von ihrer Degeneration zu reden. Man muß nach demselben Autor sogar zugeben, daß die Regeneration über die Degeneration sicher den Sieg davonträgt. „Wäre dem nicht so, so wäre die menschliche Gattung längst in den letzten Stadien des Idiotismus oder der Selbstvernichtung durch Sterilität angelangt.“ Was wir Tag für Tag bei diesen Kranken feststellen können, sind die menschlichen Unvollkommenheiten, die physischen, intellektuellen und ethischen Defekte.

Die Erziehung allein vermag nach *Dubois* bis zu einem gewissen Grade wieder gut zu machen, was die Erblichkeit erzeugt hat.

Den Entarteten ist gemeinsam die geistige Minderwertigkeit, welche das Auftreten der Symptome unter dem Einflusse der Gelegenheitsursachen bedingt.

J. L. A. Koch[8] hat mit besonderem Verständnis und eingehender Sorgfalt die psychopathischen Minderwertigkeiten bearbeitet, sie analysiert und beschrieben.

P. Janet[9] und *F. Raymond*[9] haben unter Psychasthenie alle die psychopathischen Zustände zusammenzufassen gesucht. In jüngster Zeit geht *Ziehen*[10] wieder mehr auf die psychopathischen Konstitutionen ein, nachdem eine Reihe von Jahren andere klinische Fragen im Vordergrunde der deutschen Psychiatrie gestanden sind. In Deutschland ist im Laufe der Jahre eine gewaltige Literatur entstanden, welche sich mit allen hierher gehörigen Fragen befaßt, ihre Lösung versucht. Es ist hier nicht der Platz, eine umfassende Literaturübersicht anzustreben; vielmehr muß das Bestreben darauf gerichtet sein, Richtlinien zu suchen und zu geben.

P. J. Moebius[11] unterzieht in einer längeren Arbeit den Begriff der Entartung einer Kritik. Er gelangt zu dem Ergebnis, daß es sehr geringen Wert hat, Entartung überhaupt zu diagnostizieren. „Auch dann, wenn man stillschweigend „des Gehirns“ voraussetzt, ist weder die Diagnose der Entartung an sich noch die schwacher, mittelmäßiger, starker Entartung irgendwie ausreichend.“ Man wird nach *Moebius*[11] möglichst kleine Gruppen bilden müssen, wenn ein Name etwas besagen soll. „Im Grunde aber werden wir immer auf die Historia individui hinweisen; die Ergründung der Persönlichkeit muß uns die Hauptsache sein.“

Alsberg[12] definiert Entartung als jene Abweichungen von der Norm, welche besonders geeignet sind, die der Fortpflanzung dienenden Kerne zu schädigen, eine von Generation zu Generation sich vererbende Herabsetzung der Lebensfähigkeit hervorzurufen und für Krankheit, Verkümmerung und Mißbildung die Grundlage abzugeben. Körperliche Entartung werde besonders durch erhebliche Einschränkung der natürlichen Zuchtwahl und Auslese bei wachsender Kultur verursacht.

Hans Groß[13] sucht ebenfalls dem „noch so unklaren und schwierigen Begriff“ der Degeneration beizukommen. Nicht einmal über die Wortfassung sei man einig. Wir glauben, daß wir „unter Degeneration als Ergebnis das Widerspiel des durch die natürliche Zuchtwahl Verursachten zu verstehen hätten.“ Die Natur schaffe zwecktaugliche, die Kultur degenerierte Individuen.

P. Naecke[14] sieht in der Entartung „eine von der großen Menge der Menschen sehr abweichende Reaktion auf verschiedene äußere und innere Reize, welche das Individuum und die Umgebung stören, ja sogar schädigen

kann." Wir haben es also hier mit einer physio-psychologischen Definition zu tun.

Entartete sind nach *Naecke*[14] keine Kranken, wohl aber Kandidaten zur Krankheit.

L. Marchand[15] erörtert den Begriff „psychische Degeneration". Er betont, daß sich in der Praxis mancherlei Schwierigkeiten ergeben, weil man die Begriffe „degeneriert" und „anormal" nicht auseinanderhalte. Jeder Degenerierte sei ein Anormaler, aber nicht jeder Anormale sei ein Degenerierter. „Die Gruppe der Degenerierten", sagt dieser Autor, „vereinigt zu viele verschiedene Typen, und das kommt daher, daß die Autoren dem Unterschiede zwischen einem Degenerierten und einem Anormalen nicht genügend Rechnung getragen haben. Unter den Idioten gibt es Degenerierte und Anormale; die meisten sind beides zugleich. Die Déséquilibrés und die Genies sind meistens anormale Menschen, ohne Degenerierte zu sein, und wenn sie letzteres sind, so sind sie es immer nur in sehr geringem Maße."

W. Schallmayer[15] endlich bezeichnet die Entartung als eine solche Erbentwicklung von Generationen, die mit verschlechterter Funktionstüchtigkeit eines oder mehrerer wichtiger leiblicher oder psychischer Organe einhergeht und dadurch zu geringerem Angepaßtsein der späteren Generationen an ihre Existenzbedingungen führt. Entartung ist demnach ein ganz relativer Begriff, der bald auf dieses, bald auf jenes, bald auf sämtliche Organe Bezug hat, und zwar bald auf Organe von geringerer, bald von größerer Wichtigkeit und damit bald von geringfügigem bis sehr beträchtlichem Grade."

Wie sich aus dem Vorstehenden ergibt, gehen die Auffassungen bezüglich des Begriffes der Entartung auseinander. In noch höherem Maße ist dies der Fall hinsichtlich des Mechanismus der Entartung, worüber sich der Vorredner eingehend ausgesprochen hat. Ähnlich liegen die Verhältnisse bei der Feststellung und Bewertung der erblichen Belastung und der sogenannten Degenerationzeichen. Die große Rolle, welche die erbliche Belastung unter den Ursachen des Irreseins spielt, läßt es verständlich erscheinen, daß die Irrenärzte ihrer besonders liebevoll gedenken. Trotz dieser erhöhten Aufmerksamkeit von seiten der Irrenärzte bleibt die leidige Tatsache bestehen, daß die Zahlen über die Häufigkeit der erblichen Belastung bei Geistes- und Nervenkranken in den Zusammenstellungen der einzelnen Untersucher ganz bedeutend voneinander abweichen; finden wir ja doch Unterschiede von 30 bis 80 %! Auch hier macht sich störend geltend, daß dem subjektiven Ermessen des Untersuchers mangels eindeutiger Festsetzungen zu viel Spielraum gelassen ist. Es ist für die Irrenheilkunde bedrückend, daß bei einem ursächlichen Moment von so anerkannter Tragweite so große Meinungverschiedenheiten möglich sind. *Kirchhoff*[17] z. B. warnt vor der Überschätzung des Einflusses der Vererbung. Er glaubt, daß andere Ursachen geistiger

Störungen, welche mit der Vererbung nur zum Teil verwandt sind, berücksichtigt werden müßten. Die Zeugung im Rausch mit ihren vergiftenden Wirkungen auf das Keimplasma ist nach diesem Autor als besonders gefährlich zu bezeichnen. Auch die Schädlichkeit des Alkohols bezüglich des Nervensystems werde häufig übertrieben. Es sei notwendig, die infantilen zerebralen Störungen mehr zu beachten, welche unter frühen diffusen Erkrankungen des Gehirns auftreten, scheinbar ausgeheilt sind und die Anlage zur späteren Verletzbarkeit des Gehirns in sich bergen.

Schwalbe [18] gibt zu, daß die Vererbung der Anlage zu Nerven- und Geisteskrankheiten allgemein angenommen wird. „Über die Häufigkeit dieser Vererbung ist man aber sehr verschiedener Meinung." Jedenfalls ist es nach *Schwalbe* [18] zweifelhaft, ob wir bei unserem heutigen Wissen schon berechtigt sind, „Vererbungsgesetze" aufzustellen. *Wernberg* [19] kommt zu dem betrübenden Schlusse, daß wir ein Maß der krankhaften Vererbung noch keineswegs besitzen, und daß ihr Bestehen für eine Reihe von Krankheiten keineswegs einwandfrei erwiesen sei. Es bleibe für eine exakte, nach einwandfreien Grundsätzen arbeitende Statistik fast noch alles zu tun.

Sommer [20], *Weinberg* [21], *Schallmeyer* [22], *Strohmayer* [23] u. a. betonen mit Nachdruck, daß die Familienforschung, die Aufstellung von Ahnentafeln es erst ermöglichen werden, Licht in die Erblichkeitsverhältnisse zu bringen.

Vaughan-Bateson [24] hebt in diesem Sinne hervor, daß jede Familie ganz für sich betrachtet werden müsse, und daß die akkurateste Diagnosenstellung nötig sei.

Es wurde seither als ein besonderer Mangel empfunden, daß die Erblichkeitsverhältnisse immer nur bei Geistes- und Nervenkranken durchforscht worden sind, vergleichende Zusammenstellungen bei Gesunden aber fehlten. Diesem Übelstande ist in jüngster Zeit einigermaßen abgeholfen worden. Dr. *Otto Diem* [25] und Dr. *Jenny Koller* [26] verdanken wir vergleichend-statistische Erhebungen, welche bei *Diem* [25] sich auf 1193 Geistesgesunde und 1870 Geisteskranke und bei *Koller* [26] auf je 370 Geistesgesunde und Geisteskranke erstrecken. Als belastende Momente werden Geisteskrankheit, Nervenkrankheit, Trunksucht, Schlagfluß, Altersverblödung, abnormer Charakter und Selbstmord betrachtet. „Es ergab sich bei beiden Untersuchungen, daß auch bei Geistesgesunden belastende Momente in der direkten Aszendenz gar nicht selten sind, daß sie aber bei Geisteskranken erheblich häufiger vorkommen. Dr. *Koller* [26] fand alle belastenden Momente zusammengenommen bei den Eltern der Geisteskranken doppelt so häufig wie bei den Eltern der Gesunden; *Diem* [25] anderthalbmal so häufig. Geisteskrankheit fand sich 4 mal (*K.*), bzw. 7 mal häufiger; Trunksucht 2 mal (*K.*) bzw. 1½ mal (*D.*) häufiger; Charakteranomalie 3 mal (*K.*) bzw. 2½ mal häufiger". Nach *Diem* [25] ergibt sich unter anderem, daß bei den Geistesgesunden 15 % der belastenden



Faktoren auf Geisteskrankheit entfielen, bei den Geisteskranken aber 45,9 %. Es zeigt sich fernerhin, daß bei den Geisteskranken ein viel größerer Prozentsatz der Gesamtbelastung auf elterliche Geisteskrankheit, Trunksucht, Charakteranomalie entfällt als bei den Geistesgesunden. Die Feststellung der Belastung in der direkten Aszendenz ist nach *Diem*[25] weitaus das Wichtigste.

Crzellitzer[27] betont, daß die „Sippschafttafel" nach *Strohmayer*[23] für gewisse Fälle gegenüber dem Stammbaum und der Ahnentafel den Vorteil bietet, daß sie neben der direkten Aszendenz auch die Seitenverwandten enthält. „Die Sippschafttafel vereinigt in sich gewissermaßen sowohl Deszendenz- wie Aszendenztafel, denn sie enthält alle Blutsverwandten, die gesamte Sippschaft."

Joerger[28] ist der Ansicht, daß, wie beim Einleiten der Entartung, auch bei der Regeneration das Weib die führende Rolle hat. Für die klinische Psychiatrie handelt es sich zunächst darum, festzustellen, ob die Aufstellung einer besonderen Irrsinnsform, des Entartungsirreseins, berechtigt ist oder nicht? Die Mehrzahl der Autoren erkennt die Besonderheit und Berechtigung dieser Irrsinnsform an. Es dürfte sich empfehlen, nicht von degenerativem Irresein zu sprechen, sondern vom Irresein der Degenerierten oder Entarteten. Degenerativ, d. h. zur Verschlechterung der Art führend ist in letzter Linie jede Psychose, während hier doch ausgedrückt werden soll, daß die Geistesstörung auf einem eigenartigen Boden, nämlich dem der schon vorhandenen Entartung, erwächst.

Kraepelin[29] sieht das Kennzeichen der Entartung in einer dauernd krankhaften Verarbeitung der Lebensreize mit Unzweckmäßigkeit des Denkens, Fühlens oder Wollens während des ganzen Lebens.

Nach *Bonhoeffer*[30] ist Labilität des Persönlichkeitsbewußtseins ein hervorstechendes Degenerationsymptom.

Die allgemeinen Anomalien in der Funktion des Zentralnervensystems bei den Entarteten äußern sich nach *Hoche*[31] hauptsächlich in zwei Richtungen: einmal ist auffallend das Mißverhältnis, das vielfach besteht zwischen Reiz und Reaktion, und zweitens treffen wir eine ungleichmäßige Entwicklung und ungleichmäßige Tätigkeit der einzelnen Seiten des Seelenlebens, einen Mangel an „Harmonie". *Schüle*[32] faßt unter das degenerative erbliche Irresein alle Krankheitzustände zusammen, in welchen ein Mangel oder eine Perversion der ethischen Gefühle (mit entsprechenden Handlungen), neben einer mehr oder weniger erhaltenen Intaktheit der intellektuellen Sphäre das vorwaltende klinische Symptom bildet.

Der Entartete hat eine unebenmäßige, zerrissene, minderwertige Seele von seinen Erzeugern empfangen, wie sich *Hermann*[33] ausdrückt. Minder-



wertigkeit auf körperlichem Gebiet ist, wenigstens in Andeutungen, oft damit verbunden, tritt aber an sozialer Bedeutung hinter der seelischen Minderwertigkeit völlig zurück. Der Kampf ums Dasein erfordert eine vollwertige psychische Kraft, und diese fehlt dem Entarteten. Die einzelnen Teile seiner Seele arbeiten so widersinnig, daß ihre Arbeit eher schadet als nützt. Sie arbeiten an unpassenden Stellen bald mit schädlichem Überschuß, bald liegen sie erschöpft darnieder. Die Welt, die Umgebung, welche den vollwertigen Menschen bildet, ihm Form verleiht, bringt den Minderwertigen zu Fall (*Birnbaum* [34]).

Dieses Nebeneinander von Überproduktion und Lücken ist nach *Hermann* [33] das wesentlichste Kennzeichen der degenerativen Anlage, der Ausdruck der Disharmonie. Es ist nach *Strohmayer* [35] ungemein schwer, die einzelnen Arten der psychopathischen Konstitution, etwa nach symptomatologischen oder ätiologischen Gesichtspunkten sauber voneinander zu scheiden. Ihre Regelwidrigkeit spottet eben jeglicher Regel und jeglichen Schemas. Am schönsten sehen wir die psychische Disharmonie im Gemüts- und Affektleben.

Wir werden also mit Recht von Entartungsirresein sprechen, wenn derartig veranlagte Individuen geisteskrank werden. In dieser Auffassung herrscht keine Einigkeit; vielfach werden Psychosen bei Entarteten, soweit es irgendwie angeht, den bekannten klinischen Krankheitbildern eingereiht und nur solche dem Entartungsirresein zugerechnet, welche sich anderweitig nicht unterbringen lassen. Daß eine derartig verschiedene klinische Rubrizierung zu dauernden Mißverständnissen Anlaß gibt und zu weitgehender klassifikatorischer Verschiedenheit führt, ist aus den Lehrbüchern der Psychiatrie ersichtlich. Wir finden hier, wie so manchmal, vor allem zwei Extreme: das eine spiegelt sich in der Aufstellung weniger großer Krankheitgruppen wieder, während das andere sich in zahlreichen Unterarten betätigt. Daß alle die Einteilungsprinzipien der Psychiatrie dauernden Schwankungen unterworfen sind, liegt in der Natur der Sache begründet. In absehbarer Zeit wird sich darin kein durchgreifender Wechsel vollziehen. Trotzalledem muß unser Bestreben darauf gerichtet sein, nach möglichster Exaktheit zu trachten. Wie sehr eine solche notwendig ist, ergibt sich schon daraus, daß die Begriffe „Erblichkeit" und „Entartung" vielfach als untrennbar zusammengehörig angesehen werden. Die nervöse Erblichkeit ist eine der Ursachen der Entartung, die Hauptursache, aber nicht die alleinige. Es gibt auch eine vom einzelnen erworbene Entartung. Wir dürfen demnach aus dem Vorhandensein von Symptomen der Entartung nicht ohne weiteres schließen, daß dieselben erblichen Einflüssen ihre Entstehung verdanken. Erblich belastet ist jeder, in dessen aufsteigender Blutsverwandtenlinie (Aszendenz) Krankheiten vorgekommen sind, welche die Keimmasse schädigen können, z. B. Verrücktheit beim Großvater, Alkoholismus des Vaters usw. Erblich entartet ist nur der, bei welchem der



Nachweis eines mangelhaft entwickelten Organs zu erbringen ist (*Binswanger*[36]).

Auch bei schwerer erblicher Belastung kann das Individuum gesund sein und bleiben, wenn auch die Möglichkeit der Erkrankung näher liegt als bei Nichtbelasteten. Die erbliche Belastung ist deshalb gleichwohl die wichtigste Ursache der meisten Geisteskrankheiten, insofern sie durch geringfügige Anlässe zum Ausbruch kommen, welche dem Nichtbelasteten niemals geschadet hätten.

Psychopathische (neuropathische) Belastung stellt nur eine Veranlagung, eine Prädisposition für geistige Störungen dar, ist aber noch keine geistige Anomalie.

Bei der Entartung ist die geistige (psychopathische) Minderwertigkeit deutlich nachweisbar.

Die Selbstschädigung, welche der Entartete heraufbeschwört, entstammt seinem Gefühlsleben.

Wenn man im psychiatrischen Sinne von Entartung (Degeneration, Dégénérés) spricht, so sind meist die Dégénérés supérieurs der Franzosen gemeint, also Degenerierte ohne nennenswerten Intelligenzdefekt.

Diejenigen Fälle, in denen sich die Entartung gleichmäßig auch auf das Vorstellungsleben oder nur auf letzteres erstreckt, faßt man unter der Sammelbezeichnung Schwachsinn zusammen.

Da der Charakter der Entarteten sich vorwiegend in der Affekterregbarkeit und der Reaktion auf die Reize der Außenwelt äußert, so spricht man auch von abnormen, psychopathischen, pathologischen Charakteren. Ferner finden sich Bezeichnungen wie: Instables, Déséquilibrés, Indisciplinés, Incorrigeables u. a. m. Ganz allgemein sind aber die Ausdrücke „Nervosität", auch „endogene Nervosität" oder Neurasthenie sowie Psychasthenie und psychopathische Minderwertigkeit im Gebrauch. Der degenerative Charakter ist eine der wichtigsten Erscheinungsformen psychopathischer Minderwertigkeit.

Das Bestreben, auch sichtbare Anhaltpunkte für erbliche Entartung zu finden, hat die Aufstellung der sogenannten Entartungszeichen, Stigmata hereditatis, gezeitigt.

Diesen Zeichen ist lange Zeit ein übertriebener und gerichtsärztlich nicht zu billigender Wert beigemessen worden. Zurzeit besteht die übliche gegenteilige Reaktion. Es ist einleuchtend, daß die Degenerationszeichen keine gleichwertige Bedeutung besitzen.

Sommer[37] hat recht, wenn er sagt, daß morphologische Abweichungen nur insofern in Betracht kommen, als dadurch Störungen der normalen Funktion bedingt oder angedeutet sind. Morphologische Abweichungen sind nach ihm nur dann als Degenerationszustände zu bezeichnen, wenn die Funktion des Organs dadurch geschädigt wird. Die Feststellung dieser Tatsache wird leider in vielen Fällen nicht ohne weiteres gelingen. Die morphologische Betrachtung und Messung der



Organe hat nur insofern einen Wert, als sie der Funktionsprüfung parallel läuft, da ja auch die Degeneration als Abweichung von der normalen Funktion, nicht als Abweichung von der morphologischen Form anzusehen sei. *Sommer* [37] läßt sich des weiteren über seine Auffassung aus und kommt zu folgendem Ergebnis:

1. Es gibt endogene pathologische Geisteszustände, bei denen jedes somatische Degenerationszeichen fehlt.

2. Es gibt somatisch beträchtliche „Degenerationsformen" (Prognatismus, auffallende Schädelformen, abnorme Ohrformen usw.) ohne psychische Abnormität.

3. Die Geisteskranken zeigen, wenn man die Fälle, in denen durch bestimmte Erkrankungen gleichzeitig morphologische und psychische Abnormitäten bedingt sind, z. B. Kretinismus, Porenzephalie, Hydrozephalie, Mikrozephalie, abrechnet, nicht mehr Degenerationszeichen als geistig Gesunde.

Hieraus folgt, daß das Bestehen von somatischen Degenerationszeichen nicht als Beweis für die endogen-pathologische Beschaffenheit eines psychischen Zustandes angesehen werden kann (*Sommer* [37]).

Den Degenerationszeichen ist in der psychiatrischen Literatur eine nicht geringe Berücksichtigung zuteil geworden. Ich erinnere nur daran, daß z. B. *Binder* [38] eine psychiatrisch-anthropologische Studie über das *Morel*sche Ohr geschrieben und versucht hat, eine Beziehung zwischen Ohrdegeneration und zerebralen psychischen Alterationen durch das Bindeglied einer abnormen Schädelbildung zu erklären. Er ging sogar so weit, für die Erklärung des Zusammenhangs von Ohrdegeneration und Geisteskrankheiten das Vorkommen von Halluzinationen und Illusionen herbeizuziehen. Er schreibt darüber wörtlich: „Man möchte etwa annehmen, daß die verbildete Ohrmuschel ein Ausdruck ebensolcher Abnormitäten in der feinsten Struktur und Anlage der schallempfindenden Organe, in der Endausbreitung des Gehörnervens und eventuell im Projektionsystem im Gehirn wäre. Es wäre also zu untersuchen, inwieweit das Vorhandensein von Gehörstäuschungen mit der Anwesenheit von Anomalien der Ohrmuschel gepaart sich zusammen findet."

Diese Skizzierung zeigt uns, welch bedeutungsvolle Rolle die Degenerationszeichen in der Psychiatrie während einiger Jahre gespielt haben, wobei *Lombroso* [39] und seine Schüler in hervorragendem Maße beteiligt waren. Die vorherrschende Ansicht über die derzeitige Bewertung der Degenerationszeichen bringt *Hoche* [31] zum Ausdruck, indem er sagt: „Für die gerichtsärztliche Beurteilung sind die geistigen und körperlichen Kennzeichen nicht gleichwertig; viele der körperlichen Stigmata sind an sich gleichgültig, können aber den Anlaß zu einer Prüfung des Geisteszustandes geben oder sie können, wenn sie in großer Zahl vorhanden sind, zugunsten der Annahme in die Wag-

schale fallen, daß bei der Entwicklung des betreffenden anscheinend geistig normalen Menschen doch abnorme Einflüsse wirksam gewesen sind; sie haben dann den Wert von Signalen."

Wie schon *Déjérine* [4] ausgeführt hat, gibt es eine große Anzahl von äußeren Degenerationzeichen, welche der Ausdruck einer allgemeinen oder örtlichen Hemmung oder Störung der Entwicklung sind.

Naecke [40], wohl einer der besten deutschen Kenner der Entartungsformen, unterscheidet zwischen anatomischen, physiologischen, psychologischen und sozialen Stigmata. Am wichtigsten sind nach ihm die physio-psychologischen Entartungzeichen.

Demselben Autor verdanken wir auch eine Erweiterung unserer Kenntnisse über innere somatische Degenerationszeichen, welche er an Paralytikern und Normalen studiert hat. *Motti* [41] war wohl einer der ersten, welcher an einer großen Reihe von Verbrechern und Geisteskranken aller Art nach inneren Entartungszeichen gefahndet hat. Die Untersuchungen *Naeckes* [42] in Verbindung mit *Nauwerck* erstrecken sich auf 1004 paralytische Männer und 108 normale. Untersucht wurden auf sogenannte „innere" Degenerationszeichen die fünf Hauptorgane: Herz, Lungen, Leber, Milz und Nieren. Nur die selteneren Varietäten wurden notiert, da wir die normale Variationsbreite in der Gestalt der Organe, ihrer Teile und Gewebe noch gar nicht kennen. Es handelt sich hier im allgemeinen um zu große, zu kleine Entwicklung oder abnorme Gestaltung des ganzen Organs oder seiner Teile, um vollständige oder unvollständige Spalt- oder Lappenbildungen, Offenbleiben sonst verschlossener Kanäle oder Öffnungen, endlich um Fehlen oder Verdoppelung gewisser Teile. *Naecke* [42] kommt zu dem Ergebnis, daß die Paralytiker viel häufiger eine Mehrzahl solcher Stigmen aufwiesen als die Normalen. Ferner war ein gewisser Parallelismus zwischen der Zahl der äußeren und inneren Stigmen nicht zu verkennen. *Naecke* [42] verhehlt sich nicht den subjektiven Faktor bei der Feststellung innerer Stigmata, glaubt aber gleichwohl, ihre Wichtigkeit höher als die der äußeren veranschlagen zu dürfen.

Einen absoluten Wert kann nach diesem Autor ein „inneres" wie auch ein „äußeres" Stigma nur dann beanspruchen, wenn dadurch wirklich ein greifbarer Schaden dem Organismus erwächst. Bei den äußeren Entartungszeichen darf in der Mehrzahl der Fälle von einer Störung der betreffenden Organfunktion abgesehen werden; dasselbe gilt auch für die inneren, wenn auch immerhin wohl seltener. Jedenfalls ist aber zuzugeben, daß im ganzen die sogenannten inneren Degenerationszeichen viel mehr den Körper beeinflussen als die äußeren und darum wichtiger erscheinen und mehr den Namen echter Stigmata verdienen als die fast durchweg gleichgültigen äußeren. Auf sie sollte darum mehr geachtet werden als bisher! (*Naecke* [42]).

Daß eine Wechselbeziehung zwischen Organ und Funktion besteht, ist außer Zweifel; aber schon *Roux*, *Ribot*, *Spencer* und andere betonen,



daß auch bei gleicher äußerer Struktur Funktionsänderungen nicht ausgeschlossen sind. Aus dieser Unsicherheit unserer Kenntnisse heraus fühlen sich alle Autoren, selbst Männer wie *Virchow*, *S. de Sanctis*, *Eisler*, *Stieda* u. a. m. zu größter Vorsicht hinsichtlich der Schlußfolgerung verpflichtet.

Daß trotz dieser Unsicherheit der seitherigen Forschungsergebnisse die Irrenärzte doch immer wieder auf die Entartungszeichen zurückgreifen, hat verschiedene Gründe. Erstens ist es in foro und auch sonst dem Laien gegenüber eine große, wenigstens scheinbare Stütze der Beweisführung, äußere Anhaltpunkte für die psychologischen Analysen und Schlußfolgerungen aufweisen zu können. Zweitens können wir uns des Gedankens nicht entschlagen, daß in Anbetracht der hochdifferenzierten Struktur der Gehirnmasse dort ebensogut oder noch leichter Entwicklungstörungen auftreten können, als in inneren oder äußeren Organen. Diese Annahme harrt noch des Beweises.

Es ist meines Erachtens unbedingtes Erfordernis für das Studium der Entwicklungslehre wie der gesamten Psychiatrie, daß von einheitlichen Gesichtspunkten aus überall entsprechendes Material gesammelt und gesichtet wird. Nur eine Untersuchung en masse ermöglicht die vorsichtige Ziehung einiger Schlüsse. Es sollten in sämtlichen Krankengeschichten, nicht bloß in psychiatrischen, die äußeren Entartungszeichen aufgeführt und in sämtlichen Sektionsprotokollen aller Institute die inneren Entartungszeichen festgestellt werden. Vorher bedürfte es der Aufstellung eines allgemein vereinbarten Schemas über alle hierhergehörigen Punkte.

Von besonderer Wichtigkeit ist für uns naturgemäß die Erforschung des normalen und anormalen Gehirns. Diese Aufgabe erfordert mehrere Spezialinstitute mit entsprechenden Einrichtungen. Es bedarf die Kenntnis des normalen Hirnaufbaues und der Möglichkeit bzw. Häufigkeit der Schichtenverschiebungen noch weiterer Vertiefung und vor allem der Begründung durch ein reichliches Material an normalen und anormalen Gehirnen.

Schließlich ist es sehr wünschenswert, wenn unsere Embryologen den Zusammenhang mit der klinischen Medizin suchen und immer inniger gestalten. Gar mancher streitige Punkt könnte von dieser Seite der Klärung zugeführt werden.

Wenn es gelingen würde, die vorgeschlagenen Wege zu begehen, so zweifle ich nicht, daß ein großer Teil der herrschenden Unsicherheit durch exakte Forschungsergebnisse beseitigt werden könnte. Die jetzige Handhabung unserer Untersuchung stellt eine Sisyphusarbeit dar. Gerade Vereinigungen wie die Versammlung deutscher Naturforscher und Ärzte sind dazu berufen, derartige großzügige Untersuchungen in die Wege zu leiten und entsprechende Kommissionen zu bilden. Ein weiterer landläufiger Fehler bei Aufstellung von Entartungszeichen besteht darin, daß nicht scharf genug unterschieden wird zwischen angeborenen und



erworbenen Entartungszeichen. Für die Bewertung in unserem Sinne kommen nur die entwicklungsgeschichtlich bedingten Entartungszeichen in Frage; sie allein sind der Ausdruck einer Keimvariation. Diese scharfe Umgrenzung des Begriffes verhindert nicht, den erworbenen Entartungszeichen die ihnen gebührende Würdigung zuteil werden zu lassen.

Wenn ich mir trotz der vielfach betonten Mängel der seitherigen Untersuchungsart erlaube, einen statistischen Beitrag zu liefern, so erfolgt dies aus der Erwägung heraus, daß die Verhältnisse bei den Schwachsinnigen und Epileptischen immerhin einfacher liegen als bei den Psychosen und deshalb meinen Ergebnissen ein gewisser Wert nicht abzusprechen ist.

Was die äußeren Entartungszeichen betrifft, so fanden sich bei 263 männlichen Epileptikern 178 Individuen mit solchen = 67,6 %, bei 252 weiblichen 62,3 % oder bei 515 Epileptikern beiderlei Geschlechts rund 65 %. Bei 253 männlichen Schwachsinnigen waren 77,4 % und bei 200 weiblichen 75 %, somit bei 453 Schwachsinnigen beiderlei Geschlechts 76 % mit äußeren Entartungszeichen behaftet. Bei 100 männlichen Fürsorgezöglingen (nicht schwachsinnig noch epileptisch) fanden sich in 80 % äußere Stigmata. Unter 91 Sektionsbefunden bei Schwachsinnigen fanden sich 29 mal, d. s. in 31 %, innere Entartungszeichen aufgeführt, bei 207 Epileptikern in 58 Fällen = 28 %.

Das Verhältnis der Geschlechter war bei den Schwachsinnigen 30 % männliche: 34,7 % weibliche, bei den Epileptikern 27,9 % : 27,8 %.

Die Beziehungen der inneren zu den äußeren Entartungszeichen ergibt sich aus den nachstehenden Zahlen: es bestanden bei den 58 Fällen von Epileptikern mit inneren Degenerationszeichen 25, welche gleichzeitig äußere aufwiesen, d. h. 43 %, bei den Schwachsinnigen waren es 48 %. Für die Gesamtzahl berechnen sich 44 %. Es ist selbstverständlich, daß diese Zahlen kein Anrecht auf absolute Genauigkeit machen können. Für die Häufigkeit der inneren Degenerationszeichen spricht jedenfalls der Umstand, daß bei 298 Sektionsbefunden ohne weiteres sich in 87 Fällen = rund 29 % innere Entartungszeichen aufgeführt finden, ohne daß auf dieselben ein besonderes Augenmerk gerichtet worden wäre. Man darf ohne Übertreibung annehmen, daß man unter den Voraussetzungen *Naecke*scher Forschung diese Zahl mit Leichtigkeit verdoppeln, ja verdreifachen könnte. Eine derartige umfassende Statistik ist die Zukunftarbeit der Anstalten für Geisteskranke, Epileptische und Schwachsinnige. Bemerkenswert ist vielleicht noch, daß aus einer kleinen Statistik über Sektionsbefunde bei Geisteskranken sich über 35 % innere Entartungszeichen ergeben.

Ich halte mich nicht für befähigt, ein Urteil über den Wert der verschiedenen inneren Entartungszeichen abzugeben, dazu bedarf es meines Erachtens der Mitarbeit der Embryologen; auch das Zusammenarbeiten der anderen Kliniker ist hierbei unerläßlich.



Darüber kann jedoch kein Zweifel herrschen, daß Entwicklungsanomalien des Gehirns für uns von schwerwiegendster Bedeutung sind.

Gehen wir nun auf den wichtigen Punkt der erblichen Belastung über. Wie schon eingangs aufgeführt, herrscht hier keine geringere Unsicherheit wie bei dem Kapitel der Entartungszeichen; auch hier fehlt es uns an festen Normen und eindeutigen Bestimmungen. Die ungeheure Einzelarbeit, welche auf diesem Gebiete schon geleistet worden ist, entbehrt infolge der der Erblichkeitsforschung derzeit noch anhaftenden Mängel der Einheitlichkeit und einwandfreien Verwertbarkeit. Die Familienforschung verspricht, wenn allgemein und nach gleichen Richtlinien und Grundsätzen durchgeführt, eine Erweiterung und Sicherung unserer bis jetzt lückenhaften Kenntnisse.

Die Blutsverwandtschaft der Eltern spielt bei der erblichen Belastung noch immer eine gewisse Rolle. Nach *Peipers* [43] ist eine degenerative Eigenschaft der Konsanguinität in der Ehe bisher nicht erwiesen. Ähnlich sprechen sich auch andere Autoren wie *Feer* [44], *Kraus* [45], *Ruppius* [46], *Bockh* [47], *Unruh* [48] u. a. m. aus. Im allgemeinen ist Inzucht beim Menschen gefürchtet und — bei der Sorglosigkeit bezüglich der körperlichen und geistigen Beschaffenheit der zu Paarenden, mit der wir sonst bei der Eheschließung vorgehen — gewiß mit Recht. Wenn sich bei Blutsverwandten gleichartige Krankheitzustände oder Krankheitanlagen und Minderwertigkeiten vorfinden, ist die Nachkommenschaft, welche aus ihrer Vereinigung hervorgeht, in besonders hohem Maße gefährdet. Dagegen kann es als erwiesen gelten, daß die Inzucht an sich unter Gesunden und Tüchtigen nicht schädlich ist. Die Tierzüchter und ebenso die Pflanzenzüchter machen ausgiebigen Gebrauch davon, um gewisse vererbliche Charaktere hochzuzüchten.

Ich konnte bei 21 Idioten und 21 Epileptikern nachweisen, daß es sich jeweils um entartete bzw. erblich schwer belastete Ehekontrahenten, sei es einseitig, sei es doppelseitig, gehandelt hat. Es dürfte der allgemein herrschenden Ansicht entsprechen, wenn wir sagen, daß bei gesunden, nicht entarteten und erblich nicht belasteten Individuen Blutsverwandtschaft für die Nachkommenschaft nicht von Nachteil ist. Übrigens finden wir auch hier das Gegenstück zur Degeneration, nämlich die Regeneration, nicht selten, natürlich nur dann, wenn der gesunde Teil der mächtigere im Sinne der Züchtung ist.

Einen ähnlich unsicheren Wert, wie die Blutsverwandtschaft an sich, besitzt die uneheliche Geburt. In der Mehrzahl der Fälle, wo sie in der Erblichkeitstatistik sich vorfindet, gelingt es bei genauer Nachforschung, noch andere und zwar schwerwiegendere Schädigungen zu finden; ich erinnere nur an den hier nicht seltenen Alkoholismus eines oder beider Erzeuger sowie an die sozialen Mißstände, welche vielfach mit der unehelichen Geburt in Zusammenhang stehen und es auch begreiflich machen, warum unter den Verbrechern die uneheliche Geburt



eine verhältnismäßig große Rolle spielt. Ich fand bei meinen männlichen Fürsorgezöglingen rund 26 %, während der Reichsdurchschnitt 10,3 % beträgt. Es ist hier nicht der Ort, das soziale Problem der Unehelichen zu beleuchten und zu ergründen zu suchen; wohl aber darf hervorgehoben werden, daß die uneheliche Geburt ein beträchtliches Quellgebiet des Verbrechertums darstellt. *Harms* [49], *Bolte* [50], *Spann* [51] u. a. m. haben in jüngster Zeit hierüber geschrieben.

Ich fand unter 500 Schwachsinnigen nur 25 mal uneheliche Geburt notiert und bei 500 Epileptischen 30 mal; meist bestanden daneben noch hereditäre Faktoren von schwerwiegenderer Bedeutung.

Man hat die nervöse Erblichkeit nach verschiedenen Gesichtspunkten eingeteilt; man unterscheidet die direkte von der indirekten je nachdem die Erzeuger selbst oder entferntere Glieder krank waren, eine gleichartige von der metamorphosierenden je nach der vorhandenen oder fehlenden Gleichartigkeit der Störungen, eine einfache oder gehäufte, je nachdem der Einfluß auf das Individuum nur von einer Seite bei seinen Erzeugern oder von beiden herstammt.

Nach den Jahresberichten des Kgl. Württ. Medizinalkollegiums beteiligen sich an der erblichen Belastung im Durchschnitt der letzten 15 Jahre 49—52 % Männer und 42—51 % Frauen (Geisteskranke), davon entfällt gegen die Hälfte auf direkte erbliche Belastung. Wie schon angedeutet, finden sich bei den einzelnen Autoren recht verschiedene Zahlen, die obige Berechnung verdient deshalb eine gewisse Berücksichtigung, weil sie ein größeres Material umfaßt und einheitlich durchgeführt ist. Es ist bekannt, daß die Erblichkeitsverhältnisse bei den einzelnen Formen geistiger Störung nicht unerheblich voneinander abweichen. Ich konnte bei 250 Melancholien in 46 % erbliche Belastung nachweisen, wovon in der Hälfte dieser Fälle die Vererbung eine gleichartige war. Direkte und indirekte Heredität waren gleichermaßen vertreten. Die Zahlen für die Heredität bei Melancholie bewegen sich zwischen 30 und 70 % (***Villiger*** [52], ***Ziehen*** [53], ***Farquharson*** [54], ***Dreyfus*** [55] u. a. m.). In der Beteiligung der Geschlechter war kein nennenswerter Unterschied festzustellen.

Die einfachen Melancholien weisen 41,4 %, die rezidivierenden 54,7 % erbliche Belastung auf.

Bei einer Durchsicht von Dementia-praecox-Fällen ließ sich in etwas mehr als der Hälfte der Fälle, nämlich in 52 %, erbliche Belastung feststellen. Das männliche und weibliche Geschlecht sind annähernd gleich beteiligt. Die direkte Belastung überwiegt um mehr als die Hälfte über die indirekte. Die Formen mit katatonischen und paranoischen Zügen wiesen die stärkste erbliche Belastung auf.

Bei 500 Epileptischen konnte ich in 68 % und bei ebenso vielen Schwchsinnigen in 70,8 % erbliche Belastung annehmen.



Wenn wir die erbliche Belastung bei diesen 500 Epileptischen und Schwachsinnigen genauer prüfen, so ergibt sich folgendes: Bei den männlichen Epileptikern und Schwachsinnigen überwiegt die erbliche Belastung mit 72 % und 72,8 % gegenüber 64 % und 68,8 % der weiblichen. Einen weitergehenden Schluß aus diesem Unterschied zu ziehen, dürfte nicht angehen.

Die direkte erbliche Belastung findet sich bei den Schwachsinnigen in rund 60 %, wobei der väterliche Anteil bei beiden Geschlechtern vorherrscht und zwar bei den männlichen Schwachsinnigen mehr als bei den weiblichen. Bei den Epileptikern übersteigt die direkte erbliche Belastung von Vaters Seite bei beiden Geschlechtern die mütterliche Seite erheblich.

Die direkte erbliche Belastung beträgt bei den Epileptikern rund 49 % der Gesamthereditât.

Gleichartige erbliche Belastung konnte erwiesen werden bei 26 % der Gesamthereditāt der Schwachsinnigen und bei genau 25 % der Epileptischen. Es ist hierbei nur die direkte und indirekte erbliche Belastung im Sinne der Aszendenz verwendet. Ziehen wir noch die kollaterale erbliche Belastung, d. h. diejenige, welche durch die Geschwister bedingt wird, hinzu, so erhöhen sich die obigen Zahlen auf 30 % bei Schwachsinnigen und 28 % der Gesamthereditāt bei Epileptischen.

Metamorphosierende erbliche Belastung stellte sich bei 59 % der Gesamthereditāt der Schwachsinnigen und 55 % der Epileptischen ein.

Erbliche Belastung in Form der Geistesstörung konnte erhoben werden bei 19 % der Gesamthereditāt der Schwachsinnigen und 16 % der Epileptischen.

Die erbliche Belastung hinsichtlich Alkohol gibt uns für den Schwachsinn 23,4 % und für die Epilepsie 25 % der Gesamthereditāt.

Was endlich die Beziehungen zwischen Schwachsinn und Epilepsie betrifft, so finden wir solche in 8,4 % des Schwachsinns und 5,2 % der Gesamthereditāt der Epilepsie. Mit anderen Worten ergibt sich aus diesem statistischen Material, daß bei dem Schwachsinn unter den erblichen Belastungsfaktoren der Schwachsinn an erster Stelle steht, dann folgen Alkohol, Geisteskrankheit und Epilepsie. Bei der Epilepsie ergibt sich die Reihenfolge: Epilepsie, Alkohol, Geistesstörung und Schwachsinn.

Diese Feststellung befähigt uns zu dem Schluß, daß sowohl bei Schwachsinn als auch bei Epilepsie die gleichartige erbliche Belastung eine große Rolle spielt, und daß bei beiden Krankheitsformen der Alkohol in nicht unbeträchtlichem Grade seine verheerende Wirkung ausübt.

Bei einzelnen Fällen von Epilepsie findet sich besonders starke bzw. gehäufte erbliche Belastung, wie z. B. Schwester der Mutter und



Mutter des Vaters epileptisch oder Vater Trinker und Mutter sehr beschränkt oder Bruder der Mutter und Tochter des Bruders der Mutter geisteskrank, ebenso zwei Geschwister des Epileptischen u. a. m. Es ließen sich noch zahlreiche Beispiele derartiger schwerer erblicher Belastung beibringen, allein es ist hier nicht der Ort, sich auf weitergehende Einzelheiten einzulassen.

Mit wenigen Worten will ich noch einiger Geschwisterpsychosen gedenken. Es stehen mir 30 hierher gehörige Fälle zur Verfügung. Es überwiegen bei den Geschwistern diejenigen psychischen Krankheitsformen, welche zurzeit der Dementia-praecox-Gruppe eingereiht zu werden pflegen, an zweiter Stelle kommt das manisch-depressive Irresein. In der Hälfte der Fälle zeigten die Geschwister die gleiche Irrsinnsform; in über 40 % war die Vererbung eine gleichartige.

Was schließlich unsere Fürsorgezöglinge betrifft, so konnte in 51 % erbliche Belastung in nervöser Hinsicht und in 60 % solche in krimineller Richtung nachgewiesen werden. $^2/_3$ der erblich Belasteten waren durch Trunksucht der Erzeuger belastet.

Überblicken wir das Ausgeführte, so ergibt sich unschwer, wie viele große und wichtige Fragen das Problem der nervösen Entartung in sich schließt. Es ist auch ohne weiteres klar, daß es die Zusammenarbeit aller an der Lösung dieses bedeutungsvollen Problems Interessierter erfordert, um Fortschritte zu erzielen. Die besondere Bedeutung der nervösen Entartung für die Lehre von den Geistes- und Nervenkrankheiten bedarf in dieser Versammlung keiner Hervorhebung, ebensowenig ihr Zusammenhang mit der Lehre vom Verbrecher. Die letztere Beziehung hat namentlich in jüngster Zeit dank zahlreicher und hervorragender Arbeiten von seiten der Irrenärzte eine weitgehende Wichtigkeit erfahren und einen ungeahnten Einfluß auf das Denken und Fühlen juristischer Kreise gewonnen. Diesem Umstande ist es zu danken, daß Strafgesetz und Strafprozeßordnung in ihrer zu erwartenden Neugestaltung auf die nervös Entarteten ihrer Eigenart entsprechende Rücksicht nehmen. Ja, nicht nur die Juristen, sondern auch weite Kreise des Publikums und nicht zum wenigsten des gebildeten und künstlerisch veranlagten bringen allen hierher gehörigen Fragen das regste Interesse entgegen. Für den Soziologen und Rassenhygieniker enthält das Problem der nervösen Entartung zahlreiche Aufgaben von einschneidender Bedeutung.

Diesen vielseitigen Beziehungen können wir Ärzte am besten gerecht werden, wenn wir mit möglichster Gründlichkeit und Genauigkeit vorgehen. Klarheit der Begriffsbestimmung und Übereinstimmung in der Wahl der zu begehenden Wege sind uns dringend not.

Das Studium der geistigen und nervösen Störungen des Kindesalters, die pathologisch-anatomische Durchforschung zahlreicher gesunder und kranker kindlicher Gehirne wird zur Lösung der schwebenden Fragen viel



beitragen können. Vertrautheit mit der Psychologie des Kindes und mit den Lehren und Grundsätzen der Pädagogik vermag weitere Bausteine zu schaffen. Die irrenärztliche Überwachung und Beobachtung kindlicher Entarteter, die Kenntnis der heilpädagogischen Beeinflussung letzterer von seiten entsprechend geschulter Irrenärzte und Pädagogen, die Erforschung der Milieueinflüsse und etwaiger gelegentlicher Erkrankungen wird weitere Klarheit verschaffen. Es wird uns dann vielleicht mit der Zeit gelingen, in den Wirrwarr der Erscheinungen und in den kaleidoskopischen Wechsel der psychischen Äußerungen Entarteter Ordnung zu bringen und uns Maßstäbe zur Beurteilung zu schaffen. Bis jetzt sind wir davon noch ziemlich weit entfernt!

Ich fasse meine Ausführungen in folgende Leitsätze zusammen:

1. Wir sind derzeit noch nicht in der Lage, Vererbungsgesetze aufzustellen.

2. Der Begriff der Entartung im irrenärztlichen Sinne bedeutet ein Abweichen vom Typus nach der ungünstigen Seite hin.

3. Die Aufstellung des Irreseins der Entarteten ist berechtigt.

4. Zum klinischen Begriff der Entartung gehört eine Minderwertigkeit, eine Disharmonie des Seelenlebens in ihren verschiedensten Äußerungen und von angeborener Dauer, vielfach gepaart mit äußeren oder inneren Entartungszeichen.

5. Die Erforschung der kindlichen und jugendlichen Entarteten vermag manche Aufklärung auch hinsichtlich des Fortschreitens und Zurückbildens der Entartung zu bringen.

6. Die Kenntnis und Bewertung der äußeren und inneren Entartungszeichen ist eine Aufgabe der gesamten Medizin.

7. Die Erblichkeitsforschung nach gemeinsamer Verständigung auf Grund der Familienforschung ist in umfassender Weise durchzuführen.

8. Nicht nur die Lehre von den Geistes- und Nervenkrankheiten, sondern auch die Lehre vom Verbrecher und dessen Behandlung werden aus den Ergebnissen exakter Erblichkeitsforschung weitgehenden Nutzen ziehen.

9. Das Problem der nervösen Entartung ist nicht bloß für die Ärzte von erheblichem Interesse, sondern es greift über auf die Familie, die Rasse und den Staat. Es enthält Fragen von außerordentlicher Tragweite.

10. Diese Tragweite macht es dem ärztlichen Stand zur Pflicht, mit allen Mitteln an der Lösung dieses gewaltigen Problems zu arbeiten.

Literaturübersicht.

1. *Morel*, Traité des dégénérescences de l'espèce humaine. Paris 1857.
2. *Magnan*, Héréditaires dégénérés. Arch. de Neurol. 22, 305, 1892.
3. Derselbe, Recherches sur les centres nerveux. Paris 1893.
4. *Déjerine*, L'hérédité dans les maladies du système nerveux. Paris 1886.



5. *Dallemagne*, Dégénérés et déséquilibrés. Bruxelles et Paris 1895.
6. *Max Nordau*, Entartung.
7. *P. Dubois*, Die Psychoneurosen und ihre seelische Behandlung. II. Aufl. Bern. Verlag von A. Francke.
8. *J. L. A. Koch*, Die psychopathischen Minderwertigkeiten; die erbliche Belastung bei den Psychopathien. Kinderfehler. 8. Jahrg. H. 1.
9. *P. Janet* und *F. Raymond*, Les obsessions et la psychastenie. Paris, Félix Alcan, 1903.
10. *Th. Ziehen*, Lehrb. der Psychiatrie.
11. *P. J. Moebius*, Über Entartung. Grenzfragen des Nerven- und Seelenlebens. H. 3.
12. *M. Alsberg*, Über erbliche Entartung infolge sozialer Einflüsse. Neurol. Zentralbl. 1903. S. 1034 (Sitzungsbericht).
13. *Hans Gross*, Die Degeneration und das Strafrecht. Arch. f. Kriminalanthrop. 1904. S. 87.
14. *P. Naecke*, Über den Wert der sog. Degenerationszeichen. Monatschr. f. Kriminalpsychologie I, Nr. 2 S. 99.
15. *L. Marchand*, Revue de Psychiatrie. Vol. IX, Nr. 10 S. 405.
16. *W. Schallmayer*, Kultur und Entartung. Soziale Medizin und Hygiene. Bd. I, Nr. 9 und Nr. 10.
17. *Kirchhoff*, Fragen aus dem Gebiete der Erblichkeit. Allg. Ztschr. f. Psychiatrie, Bd. 56, H. 6, S. 871.
18. *Schwalbe*, Das Problem der Vererbung in der Pathologie. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 37—38, 1903.
19. *W. Weinberg*, Pathol. Vererbung und genealogische Statistik. Dtsch. Arch. f. klin. Medizin Bd. 78, S. 521.
20. *R. Sommer*, Familienforschung.
21. *W. Weinberg*, Über Vererbungsgesetze beim Menschen. Ztschr. f. induktive Abstammungslehre I, 377, 1909.
22. *W. Schallmeyer*, Vererbung und Auslese. Jena 1910.
23. *W. Strohmayer*, Ziele und Wege der Erblichkeitsforschung. Allg. Ztschr. f. Psych. Bd. 61, S. 355.
24. *Vaughan-Bateson*, Personal Identification by Means of Finger. Print Impressions Brit. Medic. Journ. I, S. 1029.
25. *O. Diem*, Die psychoneurotische erbliche Belastung der Geistesgesunden und der Geisteskranken. Arch. f. Rassenbiologie 2, 215, 1905.
26. *J. Koller*, Beitrag zur Erblichkeitsstatistik.... Arch. f. Psych. 27, 269, 1895.
27. *A. Crzellitzer* Methoden der Familienforschung. Ztschr. f. Ethnologie. 1909, S. 182.
28. *J. Joerger*, Die Familie Zero. Arch. f. Rassenbiologie. 2, 494, 1905.
29. *E. Kraepelin*, Lehrb. der Psychiatrie.



30. *K. Bonhöffer*, Klinische Beiträge zur Lehre von den Degenerationspsychosen. Zwangl. Abhdlgn. VII, 6.
31. *A. Hoche*, Handbuch der gerichtlichen Psychiatrie.
32. *H. Schüle*, Klinische Psychiatrie.
33. *Hermann*, Grundlagen f. d. Verständnis krankh. Seelenzustände beim Kinde. 1910. Langensalza.
34. *K. Birnbaum*, Psychosen mit Wahnbildung und wahnhafte Einbildungen bei Degenerativen. Halle a. S. 1908.
35. *W. Strohmayer*, Vorlesungen über die Psychopathologie des Kindesalters. Tübingen 1910. H. Laupp.
36. *Binswanger*, Die Neurasthenie. Jena 1896. G. Fischer.
37. *R. Sommer*, Diagnostik der Geisteskrankheiten.
38. *Binder*, Das Morelsche Ohr. 1889.
39. *Lombroso*, Der Verbrecher. 1894.
40. *P. Naecke*, Über den Wert der sog. inneren Degenerationszeichen. Monatschr. f. Kriminalpsych. 1, Nr. 2.
41. *Motti*, Anomalie degli organi interni des degenerat. L'Anomale 1894/95.
42. *P. Naecke*, Einige „innere" somatische Degenerationszeichen. Allg. Ztschr. f. Psychiatrie 58. Bd., S. 1009.
43. *Peipers*, Konsanguinität in d. Ehe. Allg. Ztschr. f. Psych. 58. Bd., S. 793.
44. *Feer*, Über den Einfluß der Blutsverwandtschaft der Eltern auf die Kinder. Berlin 1907.
45. *Kraus*, Blutsverwandtschaft in der Ehe usw. München 1904.
46. *Ruppius*, Die Verwandtenehe. Pol. anthr. Rev. II, 3. Lehmann.
47. *Bockh*, Entartung in der Ehe usw. Vortrag. Berlin-Leipzig. Wallmann.
48. *Unruh*, Über den Einfluß der Blutsverwandtschaft. Münchn. med. Wochenschr. 1904. Sitzungsbericht S. 2320.
49. *B. Harms*, Zur Statistik der Unehelichkeitserscheinung. München. Allg. Ztg. Druckerei.
50. *R. Bolte*, Uneheliche Herkunft und Degeneration. Arch. f. Rassenbiologie 3. Jahrg., H. 2.
51. *O. Spann*, Unters. über die unehel. Bevölkerung in Frankfurt a. M. Dresden, O. V. Boehmert. 1905.
52. *E. Villiger*, Beitrag zur Ätiologie der Melancholie. I.-D. Basel. 1898.
53. *Th. Ziehen*, Die Erkennung der Melancholie. Zwangl. Abh. 1.
54. *Farquharson*, Über Melancholie. Allg..Ztschr. f. Psych. Bd. 51, S. 142.
55. *G. L. Dreyfus*, Die Melancholie. G. Fischer. Jena 1907.

E. Thoma-Illenau: Untersuchungen an Zwangszöglingen in Baden. (Der Vortrag ist ausführlich im 5, Heft dieser Zeitschrift erschienen.)

G. Puppe-Königsberg i. Pr. berichtet Über gerichtsärztliche Erfahrungen bei der Untersuchung krimineller Jugendlicher.



Er tritt für eine obligatorische Untersuchung aller jugendlichen Rechtsbrecher (vom 12. bis 18. Lebensjahre) ein und führt den Nachweis, daß eine solche auch durchführbar ist. Auch die Lehrer und Schulärzte sollten überall in den Dienst der Jugendgerichtshöfe gestellt werden, indem sie über die auffälligen Erscheinungen, die abnorm veranlagte Schüler darbieten, in die Schulgesundheitsbogen Eintragungen machen, die eventuell später verwertet werden, wenn der Betreffende kriminell wird; *Puppe* bemerkt, daß hier und da schon so verfahren wird, wie denn z. B. auch in Berlin und Hamburg jeder Jugendliche schon im Vorverfahren ärztlich untersucht wird, — aber er fordert die allgemeine Durchführung der ärztlichen Jugendlichenuntersuchung für die Zwecke des Jugendgerichts. Es handelt sich natürlich zunächst einmal darum, geisteskranke Jugendliche vor der Bestrafung zu schützen und sie der ärztlichen Behandlung rechtzeitig zuzuführen. Viel wichtiger aber ist es, die vermindert zurechnungfähigen Jugendlichen beizeiten zu erkennen und erzieherische Maßnahmen, die bei ihnen ganz besonders vonnöten sind, in die Wege zu leiten (anderweite Unterbringung, vor allem aber Fürsorgeerziehung). *Puppe* hat für das Königsberger Jugendgericht 62 Fälle untersucht; in den meisten Fällen handelte es sich um Eigentumsdelikte, nur 4 mal lagen Gewalttätigkeiten vor, 1 mal § 175 StGB. (Unzucht mit Tieren) und 2 mal § 176, 3 StGB. 12 der untersuchten Fälle erwiesen sich als im wesentlichen normal, 29 waren mehr oder weniger schwachsinnig, 21 psychopathisch. Nur in 2 Fällen lag Unzurechnungfähigkeit im Sinne des § 51 StGB. vor, 5 mal wurde der § 56 StGB. (keine Einsicht in die kriminelle Strafbarkeit der Handlung) für vorliegend erachtet. Erbliche Belastung lag in 45 Fällen vor. *Puppe* unterzieht sodann die Eigenartigkeiten in der Entwicklung abnormer Jugendlicher, ihre Krankheiten und die körperlichen Befunde, die sie darboten, einer Besprechung. Er führt aus seiner Praxis den Nachweis, daß nicht jeder Jugendliche, der einmal für unzurechnungfähig erklärt ist, auch weiterhin als unzurechnungfähig zu gelten hat, weil sich naturgemäß bei einem Teile der Fälle durch eine spät einsetzende Reifung eine Besserung des Geisteszustandes einstellt, so daß Unzurechnungfähigkeit dann nicht mehr vorliegt. Er befürwortet endlich eine gesetzliche Bestimmung, welche dahin geht, daß der Jugendliche das über ihn erstattete ärztliche Gutachten nicht mit anhört, damit er nicht auf seine Minderwertigkeit zu pochen in die Lage kommt.

In der Diskussion, die gemeinschaftlich zu diesem und den vorigen Vorträgen stattfand, sprachen *O. Rein*-Landsberg a.W., *E. Ziemke*-Kiel, *A. Homburger*-Heidelberg u. *T. Lochte*-Göttingen.

A. Homburger-Heidelberg: Über die Entmündigung bei krankhafter Haltlosigkeit und verwandten Formen der Psychopathie.



H. führt zunächst aus, daß gewisse abnorme Charakterveranlagungen, die zu den psychopathischen Persönlichkeiten zu rechnen sind, — die krankhafte Haltlosigkeit, die ihr nahestehende sanguinische Minderwertigkeit und phantastische Entartung unter den Begriff der Geistesschwäche im Sinne des § 6 BGB. fallen, obgleich bei ihnen eine intellektuelle Schwäche, ein Schwachsinn im populären Wortsinn nicht vorliegt. Nicht die Form der geistigen Abnormität, sondern der Grad und die Schwere ihres Einflusses auf die Lebensführung entscheiden über Notwendigkeit und Zulässigkeit der Entmündigung.

Unter den genannten krankhaft veranlagten Persönlichkeiten gibt es zwei Gruppen hinsichtlich ihrer späteren Entwicklung: 1. solche, deren Anlage zeitlebens in Richtung und Stärke gleich wirksam bleibt, 2. solche, bei denen die abwegige krankhafte Richtung nur eine vorläufige ist, und bei denen später eine Abschwenkung der Entwicklung nach der geistigen Gesundheit hin eintritt.

Der letztere Fall scheint häufiger vorzukommen, als gewöhnlich angenommen wird; er tritt sowohl bei Fällen, die der Moral insanity zugezählt werden, als bei Haltlosen ein. Derartig abnorm Veranlagte sieht man zwischen dem 18. und 25. Jahre sich antisozial, und zwar ausgesprochen krankhaft betätigen, gegen das 30. Jahr hin aber ruhiger, reifer, stetig und sozial werden und bleiben.

Sie bedürfen des Schutzes der Entmündigung in der Zeit ihrer hinausgeschobenen, verzögerten Reife; diese Zeit ist für sie infolge ihrer krankhaften Affekte, ihrer erhöhten Suggestibiltät und Autosuggestibilität, ihrer Beeinflußbarkeit besonders verhängnisvoll. Sie riskieren dann ihr Vermögen, ihren Ruf, ihre soziale Stellung; besonders häufig gehen sie eine unwürdige Ehe ein und haben später die schweren Folgen dieses Schrittes zu tragen; oder aber sie errichten ein unvernünftiges Testament und geraten in der mannigfachsten Weise unter den verderblichen Einfluß von Menschen, die ihre Abnormität erkennen und ausbeuten.

Es ist Aufgabe einer verständigen Entmündigungspraxis, diese Individuen einerseits rechtzeitig zu schützen, andererseits sie dieses Schutzes wieder, ohne daß sie selbst darum zu kämpfen brauchen, rechtzeitig zu entkleiden, wenn sie dessen nicht mehr bedürfen.

Das geltende Recht gibt hierzu die Möglichkeit in Form der Entmündigung Minderjähriger. Folgende Gesichtspunkte können für deren Anwendung geltend gemacht werden.

1. Die Entmündigung vor der Großjährigkeit schützt den abnorm Veranlagten, krankhaft Unreifen in seinem am meisten gefährdeten Lebensabschnitt.

2. Sie ist geeignet, die schweren, krankhaften Äußerungen der abnormen Anlage, die erst durch die Nachteile, die der Betreffende sich zuzieht, hervorgerufen werden, zu verhüten — und weiteren bedenklichen



Steigerungen der krankhaften Affekte und Willensantriebe zuvorzukommen.

3. Sie wird weniger schwer empfunden, als die Entmündigung dessen, der schon im Besitze der vollen Rechte war und davon Gebrauch gemacht hat.

Die Entmündigung Minderjähriger soll nicht unter dem Gesichtspunkte einer endgültigen, dauernden Entrechtung ausgesprochen werden. Sie soll vielmehr den Charakter einer nur hinausgeschobenen Volljährigkeit tragen. Es ist die Aufgabe des Gutachters und des Richters, diesen Punkt in Gutachten und Erkenntnis hervorzuheben. Es ist in entsprechenden Zeitabständen seitens des Vormundschaftsrichters zu prüfen, ob die Volljährigkeit eintreten kann.

(Die ausführliche Veröffentlichung nebst Gutachten einschlägiger Fälle erfolgt an anderer Stelle.)

J. Bayerthal-Worms: Über den Erziehungsbegriff in der Neuro- und Psychopathologie.

Vortr. gibt zunächst einen Überblick über die Verschiedenheit der Vorstellungen, die sich in der Neuro- und Psychopathologie mit dem Erziehungsbegriff verbinden und wohl in erster Linie die Verständigung über die Machtsphäre der Erziehung erschweren. Teils wird unter Erziehung nur die Jugenderziehung, nicht die Erziehung durch das Leben verstanden, teils als Ziel der Erziehung die Erlangung der Fähigkeit zur Selbsterziehung betrachtet. Auch wird bei der Begriffsumgrenzung nicht immer der erbliche Faktor genügend berücksichtigt, oder man läßt sich dabei vom Nützlichkeitstandpunkte leiten. Andere Autoren scheinen den Erziehungseinfluß so gering anzuschlagen, daß sie sich um den Erziehungsbegriff zu kümmern gar nicht notwendig finden. Bei manchen Autoren stehen die Begriffe: Erziehung, leibliche Pflege, Schule, Gewohnheit, Übung, Milieu, Beispiel, Nachahmung und Suggestion im Verhältnis der Koordination. Wieder andere verstehen unter Erziehung nur Charakterbildung und unterscheiden zwischen angeborenem und erworbenem Charakter. Doch kann, wie Vortr. an anderer Stelle („Erblichkeit und Erziehung in ihrer individuellen Bedeutung“, Wiesbaden 1911) zu zeigen versucht hat, der Mensch auch in geistiger Hinsicht durch die Erziehung nur das erwerben, wozu er die ererbte Anlage besitzt. Vortr. hat a. a. O. die Erziehung definiert als „Förderung und Hemmung der ererbten Anlagen von der Befruchtung der Keimzelle an bis zum Eintritt der Selbsterziehung in einem für das Individuum und das Gesamtwohl günstigen Sinne mittels planmäßiger Einwirkung“. Doch gibt es auch in bezug auf den Erziehungsbegriff keine abschließende Vorstellung, sondern jedes Zeitalter hat das Recht, ihn seinem wissenschaftlichen Bedürfnisse [illegible]sprechend zu umgrenzen.

(Ausführliche Veröffentlichung in der „Medizinischen K





Die Versammlung beschließt als Thema zum Referat für die 42. Versammlung der südwestdeutschen Irrenärzte: „Die Beziehung des manisch-depressiven Irreseins zu körperlichen Störungen" und wählt *J. Rosenfeld*-Straßburg zum Referenten. Zum Ort der Versammlung wird Straßburg, zu Geschäftsführern *Oster*-Illenau und *Rosenfeld*-Straßburg bestimmt.

Roemer-Illenau. *Seeligmann*-Karlsruhe.

Kleinere Mitteilungen.

IV. Internationaler Kongreß zur Fürsorge für Geisteskranke in Berlin, Oktober 1910. — Schlußabrechnung.

Einnahmen:

A. des Kongresses:		
a) 496 Mitgliedskarten zu 20 M.:	9 920,—	
b) 108 „ „ 10 „ :	1 080,—	
c) Kursgewinn:	7,71	11 007,71
B. der Ausstellung:		
d) Platzmieten:	3 819,—	
e) Beitrag des Kgl. Ministeriums:	1 000,—	
f) Ersatzposten aus der Schlußabrechnung:	230,60	
g) Eintrittskarten:	844,50	
h) Kataloge:	81,50	5 975,60
	Summe:	16 983,31

Ausgaben:

A. des Kongresses (vgl. Abrechnung von Dr. *Falkenberg*):		
a) Sekretariat:	405, 32	
b) Geschäftsstelle: Persönliches 1 570,00; Sachliches 348,64:	1 918,64	
c) Drucksachen:	1 968,40	
d) Kongreßtagung:	2 433,75	
e) Damenkomitee:	239,10	
f) Festmahl:	202,—	
g) Kongreßbericht:	4 584,81	11 752,02
B. der Ausstellung (vgl. Abrechnung von Prof. *Alt*):		
h) Bureau:	1 499,—	
i) Aufseherpersonal u. Dienerschaft:	2 490,—	
k) Zeichnungen, Pläne, Lichtbilder:	189,—	
l) Gestelle und Zubehör, Tagelöhne:	1 366,95	
m) Pflanzendekoration:	300,—	
n) Drucksachen:	470,30	
o) Porti:	146,55	
p) Feuerversicherung:	205,—	
q) Zurückzahlungen; Uneinbringliches	58,70	6 725,50
	Transport:	18 477,52



	Transport:	18 477,52
C. Gemeinsames (Abrechnung von Dr. *Kreuser*):		
r) Auf Jahresrechnung 1909:	148,40	
s) „ „ 1910:	217,18	
t) „ „ 1911:	93,20	
u) Ehrengeschenke:	240,—	
v) Zurückerstattete Mitgliederbeiträge:	140,—	838,78
	Summe:	19 316,30
	davon ab die Einnahmen:	16 983,31
	bleiben Mehrausgaben:	2 332,99

Die Mehrausgaben sind zu decken aus dem von der Jahresversammlung von 1909 bewilligten Kredit im Betrage von 4 000 M. Sie vermindern sich noch um den Ertrag von Zinsen aus den auf Sparkassenschein mittlerweile angelegten Geldern und um den Erlös aus verkäuflichen Exemplaren des Kongreßberichts. Als Ladenpreis für letzteren ist mit *Marhold* der Betrag von 20 M. vereinbart worden.

Winnental den 24. September 1911.

Medizinalrat Dr. *Kreuser*.

In Österreich bildet wie in andern Ländern die Reform der Irrengesetzgebung ein ständig wiederkehrendes Thema für Wünsche sowohl von psychiatrischer Seite als auch vom großen Publikum, so daß sich die Regierung veranlaßt gesehen hat, Ende der 90 er Jahre eine Enquete von Fachleuten zu veranstalten, um Material für die Irrengesetzreform zu erlangen.

Im vergangenen Jahre wurden nun von der Regierung zwei Gesetzentwürfe ausgearbeitet, der eine Entwurf über die Entmündigung, der andere über die Irrenfürsorge. Beide Entwürfe haben aber nicht allein in Fachkreisen große Enttäuschung gebracht, und es wurde sowohl gegen den einen wie gegen den andern lebhafter Widerspruch erhoben.

Der Entmündigungsgesetzentwurf hat der Eigenart der Geisteskranken nicht Rechnung getragen und deren Entmündigung nur vom juridischen Standpunkte aus abgehandelt. Einzelne Bestimmungen desselben haben das Anstaltwesen, das in Österreich in seinem öffentlichen Teile niemals zu Beschwerden Anlaß gegeben hat, sehr schwer betroffen, und im allgemeinen wurde den modernen Zielen überhaupt wenig Beachtung geschenkt. Andererseits ist speziell gegen die Anstalten und die Anstaltärzte ein Ton des Mißtrauens darin angeschlagen, der von offizieller Seite um so schwerer wiegt und daher um so mehr die Enttäuschung und Kränkung begreiflich macht, die in den Fachkreisen entstanden ist.

Nicht besser lagen die Verhältnisse bei dem Entwurfe über die Irrenfürsorge. Auch hier tritt im vollen Gegensatze zu den psychiatrischen Bestrebungen der polizeilich rechtliche Standpunkt ausschließlich in den Vordergrund.

Es ist begreiflich, daß Anstaltärzte und Kliniker einmütig gegen den Entmündigungsentwurf Einsprache erhoben, und weil die Bestimmungen über die Irrenfürsorge hauptsächlich die Pflege und demgemäß wieder vorwaltend die Anstalten betroffen haben, waren es bezüglich des Gesetzentwurfes über die Irrenfürsorge hauptsächlich die Anstaltärzte, die dagegen Stellung nahmen und schon vergangenen Jahres eine Versammlung in Linz zu dem Zwecke veranstalteten. Es wurde eine Resolution gefaßt, in der die Ziele und Tendenzen des modernen Anstaltwesens dargelegt und die Regierung aufgefordert wurde, den Reformentwurf auf diese Gesichtspunkte hin abzustimmen. Gleichzeitig wurde der Beschluß gefaßt, eine Vereinigung österreichischer Psychiater zu gründen, und wurde zu diesem Zwecke k. k. Regierungsrat Dr. *Schweighofer* in Maxglan-Salzburg und k. k. Regierungsrat Dr. *Starlinger*-Mauer-Oehling in den Geschäftsausschuß gewählt und beauftragt, die entsprechenden Schritte einzuleiten.

Am 6. und 7. Oktober d. J. fand die konstituierende Versammlung wieder in Linz statt, und wurde die Konstituierung des Verbandes österreichischer Psychiater vollzogen und nachfolgender Ausschuß gewählt: Reg.-Rat Dr. *J. Starlinger*, Mauer-Oehling, als Obmann, Reg.-Rat Dr. *J. Schweighofer*, Maxglan-Salzburg, als Obmannstellvertreter, Dir. Dr. *J. Pfausler*, Valduna, als Säckelwart und Dir. Dr. *E. Böck*, Troppau, Prim. Dr. *Rupicka*, Bohnitz-Prag, Prim. Dr. *Canestrini*, Triest, Prim. Dr. *Kobylanski*, Czernovitz, Ord. Dr. *Georg Eisath*, Hall, als Ausschußmitglieder.

In der wissenschaftlichen Sitzung wurden nachfolgende Vorträge gehalten: *Starlinger*: Stellung der Heil- und Pflegestätten für Geistes- und Nervenkranke und ihre Kontrolle; *Dejacco*, Pergine: Kriminelle; *Autengruber*, Mauer-Öhling: Stellung des Anstaltarztes der Öffentlichkeit und den Behörden gegenüber; *Eisath*, Hall: Ergebnisse aus dem Vergleiche ausländischer Irrengesetze; *Schweighofer*: Aufnahme und Entlassung; *Licmann*, Amstetten: Die Irrenpflege am Lande vom Standpunkte des Amtsarztes; Dr. *Böck*, Troppau: Die Sachverständigentätigkeit der Anstaltärzte und das Verfahren in strittigen Fragen.

Die Versammlung war sehr besucht und alle Länder Österreichs mehrfach vertreten; Vorträge und Diskussionen werden gedruckt und gesammelt den Staats- und Landesbehörden übermittelt werden.

Der Verein zählt heute schon an die hundert Mitglieder, und es steht zu hoffen, daß sich die Zahl in Bälde verdoppeln wird. *St.*

Die 3. Generalversammlung der Vereinigung katholischer Seelsorger an deutschen Heil- und Pflegeanstalten[1]) fand am 8. August 1911 im Konferenzsaale der nieder-

[1]) S. diese Ztschr. Bd. 67, S. 171 u. S. 967.



österreichischen Landesanstalt am Steinhof, Wien VIII, statt. Pfarrer *Kamiller*-Regensburg referierte über die Spendung der hl. Kommunion und der hl. Ölung an Geisteskranke. Nach wiederholter Aussprache erwiesen sich nur zwei Leitsätze als ziemlich allgemein anwendbar: 1. Die hl. Kommunion wird in der Regel an sterbende Geisteskranke nur gespendet werden können, wenn irgendeine, allermildest beurteilte Beichte oder ein sicher erkennbares Zeichen der reuigen Gesinnung vorausgeht, das mit Recht keine Verunehrung des Allerheiligsten befürchten läßt. 2. Bei den schwersten Fällen der Epilepsie, Paralyse oder ähnlichen Krankheitformen wird die hl. Ölung nicht bei jedem sogenannten Anfalle zu spenden sein, sondern eine Wiederholung erst post notabilius tempus. Verschiedene andere Fragen wurden für eine Neubesprechung im nächsten Jahre zurückgestellt mit dem Wunsche, daß für jene Fragen eine autoritative Entscheidung erbeten werden soll, die sich nach den theologischen Autoren, welche ja der Irrenseelsorge zumeist fremd gegenüberstanden und noch stehen, nicht beantworten lassen. — Als 2. Referent sprach Pfarrer *Weber*-Deggendorf über „Melancholie und Selbstmord. Nach dem Werdegang eines Melancholikers sei bei etwaigem Selbstmorde nicht der Glaube an Gottes Ewigkeit verloren gegangen, wohl aber die Kraft, diesen Glauben im kritischen Moment in die Tat der Selbsterhaltung umzusetzen. Die verschiedenen bischöflichen Erlasse für solche traurigen Vorkommnisse seien zwar hinlänglich bekannt, aber wenn die rauhe Wirklichkeit zur Entscheidung dränge, sei wohl jeder Priester froh, im ärztlichen Gutachten den Weg zu finden zur Lösung der Frage. Die Kirche selbst verzichte, wenn sie die Entscheidung in die Hand des Arztes lege, keineswegs auf ihren prinzipiellen Standpunkt, finde aber darin den Weg, vielen unglücklichen Geistesgestörten gerecht zu werden und die weitestgehende Milde walten zu fassen. — Das 3. Referat hielt Pfarrer *Hübner*-Werneck über die Eigenart der Irrenseelsorge. Der Irrenseelsorger müsse die allgemeinen Krankheittypen, aber mehr noch die einzelnen Kranken, jeden für sich, kennen zu lernen suchen. Diese Aufgabe erfordere nicht nur Kräfte und Anstrengungen, wie sie die gewöhnliche Seelsorge nicht verlange, sondern auch jahrelange Erfahrung und ständigen Verkehr mit den Geisteskranken. Deshalb sollte aber auch der Priester, der die Gabe dazu hat und sich bewährt hat, in dieser Stellung verbleiben können und für die Tage seiner Dienstunfähigkeit jeglicher Sorge enthoben sein. Ebenso sollte jede größere Irrenanstalt ihren eigenen Seelsorger haben, dem die volle Anstalt zur freien seelsorgerlichen Verwaltung anvertraut wäre. Die Irrenseelsorge bloß im Nebenamt sei nur ein Notbehelf. In jenen Anstaften, wo jegliche regelmäßige Seelsorge fehlt, wo der Geistliche nur gerufen wird, um einen Sterbenden zu versehen, sei sicher nicht den religiösen Anforderungen auch nur im geringsten Genüge getan. — Daran schloß sich eine Besichtigung der Anstalt am Steinhof und der in Gugging.



Als Ort der nächstjährigen Tagung ist Rottenmünster (Württ.) in Aussicht genommen. (Ausführlicher Bericht im Caritas-Jahrbuch, 5. Jg.)

Der 22. Kongreß der Psychiater u. Neurologen Frankreichs u. des französischen Sprachgebiets wird vom 1. bis 7. April 1912 in Tunis stattfinden. Referate: 1. Les Perversions instinctives; Ref. *Dupré*-Paris. — 2. Les Troubles nerveux et mentaux du paludisme; Ref. *Chavigny*-Val-de-Grâce. — 3. L'Assistance des aliénés aux Colonies; Ref. *Régis*-Bordeaux u. Reboul. — Ausflüge in die Umgebung von Tunis u. nach Mittel- u. Süd-Tunesien sind vorgesehen, ebenso Preisermäßigungen der Bahnfahrt durch Frankreich nach Marseille u. der Überfahrt von dort nach Tunis. Anmeldungen (bis 15. Januar) u. Anfragen erbeten an den Generalsekretär Dr. *Porot*, 5, rue d'Italie, Tunis.

Der 29. Deutsche Kongreß für Innere Medizin findet vom 15. bis 18. April 1912 in Wiesbaden statt. Hauptthema: Das Röntgenverfahren im Dienste der Erkennung u. Behandlung der Magen-Darmerkrankungen; Ref. Dr. *H. Rieder*-München. Anmeldungen zu richten an Geheimrat Dr. *Emil Pfeiffer*, Wiesbaden, Parkstr. 13.

Dem Verein zum Austausch der Anstaltberichte ist die Landes-Heil- und Pflegeanstalt zu Herborn (Dillkreis) beigetreten.

Personalnachrichten.

Dr. *Wilh. Weber*, Prof., Oberarzt in Göttingen, ist zum Direktor der städtischen Heilanstalt in Chemnitz,

Dr. *Ad. Hoppe*, Oberarzt in Pfullingen, zum leitenden Arzt der Anstalt Neckargemünd gewählt worden.

Dr. *Karl Dittmar*, Geh. San.-Rat, ist nach 25 jähriger Tätigkeit als Leiter der Bezirksanstalt Saargemünd in den Ruhestand getreten und an seine Stelle

Dr. *Adolf Dingel*, bisher Oberarzt daselbst, zum Direktor ernannt worden.

Dr. *Anton Wichert*, bisher in Lörchingen, ist Oberarzt in Saargemünd,

Dr. *Werner Becker* in Weilmünster Oberarzt der dortigen Anstalt,

Dr. *Wilh. Tintemann* in Göttingen Oberarzt daselbst u. Arzt des dortigen Verwahrungshauses geworden.

Dr. *Aug. Würschmidt*, Med.-Rat, Dir. d. Kreisanstalt Erlangen, ist in den Ruhestand getreten.



Dr. *Gust. Kolb*, bisher Dir. in Kutzenberg, ist zum Dir. der Kreisanstalt Erlangen,

Dr. *Gust. Flügge*, Dir. von Johannisthal, zum Dir. von Bedburg bei Cleve ernannt worden.

Dr. *Oskar Hermann*, Anstaltarzt in Merzig, ist nach Johannisthal.

Dr. *Aug. H. Adam*, Anstaltsarzt in Regensburg, nach Wöllershof versetzt worden.

Dr. *Otto Pötzl*, Ass.-Arzt an der psychiatr. Klinik zu Wien, hat sich als Privatdozent habilitiert.

Dr. *Georg Lehmann*, Dir. von Dösen, ist zum Geheimrat,

Dr. *Rob. Wollenberg*, o. Prof. in Straßburg, zum Geh. Medizinalrat.

Dr. *Ernst Meyer*, o. Professor in Königsberg, u.

Dr. *Wilh. Alter*, Dir. in Lindenhaus bei Lemgo, sind zu Medizinalräten,

Dr. *Max Laehr*, Prof., Dir. v. Haus Schönow,

Dr. *Alb. Oliven*, dir .Arzt am Berolinum in Lankwitz,

Dr. *Otto Klinke*, Dir. der Prov.-Anstalt in Lublinitz, u.

Dr. *Gust. Steinert*, dir. Arzt der Privatanstalt Speichersdorf bei Königsberg i. Pr., zu Sanitätsräten ernannt worden.

Dr. *Emil Koch*, San.-R., bisher Leiter der Privatanstalt in Rinteln, jetzt in Oldenburg i. H., hat den roten Adlerorden 4. Kl. erhalten.

Dr. *Arthur Unruh*, Anstaltarzt in Tapiau, ist im Juli d. J. und

Dr. *Richard Krömer*, Geh. Med.-Rat, Direktor von Conradstein, im fast vollendeten 62. Lebensjahre nach wochenlangem Leiden am 29. Oktober gestorben.



Mitglieder des Deutschen Vereins für Psychiatrie, E. V.,

im November 1911.

Ehrenmitglieder:

Prof. Dr. **Leon. Bianchi,** Dir. d. Psychiatr. Univ.-Klinik, Neapel.
Dr. **V. Magnan,** Chefarzt des Asile Sainte Anne, Paris.
Geh. Med.-R. Prof. Dr. **C. Pelman,** Bonn a. Rh., Kaufmannstr. 83.
Prof. Dr. **Aug. Tamburini,** Dir. der Psychiatr. Klinik, Rom.
Geh. R. Dr. **G. Weber,** Dresden, Fürstenstr. 59.

Vorstand:

Geh. Med.-R. Prof. Dr. **C. Moeli,** Dir. d. städt. Anstalt Herzberge, Lichtenberg bei Berlin, Vorsitzender.
Med.-R. Dr. **H. Kreuser,** Dir. d. Landesanstalt Winnental zu Winnenden (Württ.), Schatzmeister.
Geh. Med.-Rat Prof. Dr. **Aug. Cramer,** Göttingen, Psychiatr. Klinik.
Hofrat Prof. Dr. **Em. Kraepelin,** München, Psychiatr. Klinik.
Geh. Med.-R. Dr. **Fr. Siemens,** Prov.-Anstalt Lauenburg (Pommern).
Geh. Med.-R. Prof. Dr. **Fr. Tuczek,** Landesanstalt Marburg (Rb. Kassel).
San.-R. Dr. **Hans Laehr,** Schweizerhof zu Zehlendorf-Wannseebahn, ständ. Schriftführer.

Dr. **K. Abraham,** Berlin W., Schöneberger Ufer 22.
Dr. **C. G. Ackermann,** Oberarzt, Landesanstalt Sonnenstein bei Pirna (Kgr. Sachsen).
Dr. **Aug. Adam,** Wöllershof (Oberpfalz).
Dr. **Adams,** Oberarzt, Prov.-Anstalt Johannisthal bei Süchteln, Rheinprovinz.
Dr. **Max Adelt,** Oberarzt, Prov.-Anstalt Lublinitz (Schlesien).
Geh. San.-R. Dr. **Adler,** 2. Arzt, Prov.-Anstalt Schleswig.
Dr. **Ahrens,** Oberarzt, Teupitz (Kr. Teltow).
Dr. **P. Albrecht,** Oberarzt, Prov.-Anstalt Treptow a. R. (Pommern).
Prof. Dr. **K. Alt,** Dir. d. Landesanstalt Uchtspringe (Altmark).
Geh. San.-R. Dr. **W. Alter,** Dir. d. Prov.-Anstalt Leubus (Schlesien).
Med.-R. Dr. **W. Alter,** Dir. d. Landesanstalt Lindenhaus b. Lemgo.
Prof. Dr. **Al. Alzheimer,** Oberarzt, Psychiatr. Klinik zu München.



Dr. **F. Angerer,** Wien III, Heilanstalt Svetlin, Leonhardgasse.
Geh. Med.-R. Prof. Dr. **G. Anton,** Psychiatr. Klinik zu Halle a. S.
Dr. **Erich Arndt,** Leiter des Sanatoriums zu Meiningen.
Dr. **Max Arndt,** Wannsee, Privatanstalt Waldhaus.
Dr. **O. Arnemann,** Oberarzt, Landesanstalt Zschadraß bei Colditz. Kgr. Sachsen.
Prof. Dr. **G. Aschaffenburg,** Köln a. Rh., Mozartstraße 11.
San.-R. Dr. **B. Ascher,** Berlin W., **Jägerstraße 18 II.**
Dr. **Fr. Ast,** Assist.-Arzt, Kreisanstalt Eglfing bei München.
San.-R. Dr. **Backenköhler,** Dir. d. Prov.-Anstalt Aplerbeck (Westfalen).
Dr. **Joh. Banse,** Oberarzt, Lauenburg (Pommern).
Med.-R. Dr. **Barbo,** Oberarzt, Landesanstalt Pforzheim.
Dr. **Bauer,** Assist.-Arzt, Prov.-Anstalt Ückermünde (Pommern).
Hofrat Dr. **Beckh,** Nürnberg.
San.-R. Dr. **Behrendt,** dir. Arzt d. Priv.-Anst. Sayn b. Koblenz.
San.-R. Dr. **Th. Benda,** Berlin W., Dörnbergstr. 1 II.
Oberstabsarzt Dr. **Benneke,** Dresden, Königsbrückenstr. 2 II.
Dr. **Benning,** Dir. d. Priv.-Anstalt Rockwinkel, Oberneuland b. Bremen.
Prof. Dr. **Berger,** Jena, Psychiatr. Klinik.
Priv.-Doz. Dr. **Kurt Berliner,** Gießen, Psychiatr. Klinik.
Dr. **Br. Bernhard,** dir. Arzt, Godesberg a. Rh., Haus Godeshöhe.
Dr. **Bernh. Beyer,** Oberarzt, Bayreuth, Priv.-Anst. Herzoghöhe.
Dr. **Ernst Beyer,** dir. Arzt, Volksheilstätte Roderbirken bei Leichlingen, Rheinprovinz.
Med.-R. Dr. **Bieberbach,** Dir., Landesanstalt Heppenheim a. B (Großh. Hessen).
Dr. **Ludw. Binswanger,** Dir. Arzt, Konstanz, Bellevue.
Geh. Med.-R. Prof. Dr. **O. Binswanger,** Jena, Psychiatr. Klinik.
Dr. **E. Bischoff,** Assist.-Arzt, Hamburg, Staatsanstalt Langenhorn.
Dr. **Blachian,** Oberarzt, Kreisanstalt Werneck, Unterfranken.
Prof. Dr. **Bleuler,** Zürich, kantonale Heilanstalt Burghölzli.
San.-R. Dr. Freiherr **Karl von Blomberg,** stellvertr. Dir., Prov.-Anstalt Kosten (Prov. Posen).
Dr. **Bockhorn,** Oberarzt, Landesanstalt Uchtspringe (Altmark).
Dr. **Ernst Boeck,** Dir., Landesanstalt Troppau (Österr. Schlesien).
Prof. Dr. **Boedeker,** dir. Arzt, Priv.-Anstalt Fichtenhof zu Schlachtensee b. Berlin.
Obermed.-R. Dr. **Boehme,** Dir., Landesanstalt Colditz (Kgr. Sachsen).
Dr. **Boehmig,** Nervenarzt, Dresden, Hauptstraße 36 II.
Dr. **Böß,** Anstaltsarzt, Wiesloch, Baden.
Dr. **Boettcher,** Oberarzt, Landesanstalt Colditz (Kgr. Sachsen).
Dr. **Rich. Bolte,** Oberarzt, St. Jürgenasyl zu Ellen bei Bremen.
Geh. Med.-R. Prof. Dr. **Bonhöffer,** Breslau, Psychiatr. Klinik.
Med.-R. Dr. **Borell,** Karlsruhe, Rudolfstr. 15 II.



Prof. Dr. **L. Bouman,** Amsterdam.

Med.-R. Dr. **Brackmann,** Dir. der Landesanstalt Untergöltzsch b. Rodewisch (Kgr. Sachsen).

Dr. **K. Brandl,** Anst.-Arzt an der Kreisanstalt Eglfing b. München.

Dr. **Braune,** Oberarzt a. d. Prov.-Anstalt Conradstein b. Preuß.-Stargard.

Dr. **Joh. Bresler,** Oberarzt a. d. Prov.-Anstalt Lüben (Schl.).

Priv.-Doz. Dr. **Brodmann,** Tübingen, Psychiatr. Klinik.

Dr. **E. Brückner,** Oberarzt d. staatl. Anstalt Friedrichsberg b. Hamburg.

Dr. **Gustav Brunner,** Priv.-Anstalt Neuemühle b. Kassel.

Dr. **Otto Brunner,** Priv.-Anstalt Neuemühle b. Kassel.

San.-R. Prof. Dr. **Bruns,** Nervenarzt, Hannover, Lawesstr. 6.

Prof. Dr. **Buchholz,** Oberarzt d. staatl. Anstalt Friedrichsberg b. Hamburg.

San.-R. Dr. **Friedr. Buddeberg,** Dir. d. Prov.-Anstalt Merzig (Rheinpr.).

Dr. **Buder,** Oberarzt a. d. Landesanstalt Winnental b. Winnenden (Württ.).

Dr. **Karl Bünger,** Dir. der Privatanstalt Groß-Wusterwitz (Prov. Sachsen).

Prof. Dr. **Osw. Bumke,** Freiburg i. Br., Psychiatr. Klinik.

Priv.-Doz. Dr. **Alfr. Busch,** Tübingen, Psychiatr. Klinik.

San.-R. Dr. **Buttenberg,** Dir. d. Prov.-Anstalt Freiburg (Schlesien).

Dr. **Campbell,** Nervenarzt, Dresden, Amalienstr. 15, I.

Med.-R. Dr. **Camerer,** Referent d. Med.-Koll. zu Stuttgart.

Dr. **W. Caselmann,** Anst.-Arzt, Kreisanstalt Homburg (Pfalz).

Priv.-Doz. Dr. **Cassirer,** Berlin W., Tauenzienstr. 7, II.

Dr. **Fritz Chotzen,** Oberarzt, Städt. Irrenhaus, Breslau XII, Einbaumstraße.

Dr. **Carl Christoph,** Oberarzt, Prov.-Anstalt Obrawalde b. Meseritz (Posen).

Dr. **W. Cimbal,** Altona, städt. Krankenhaus.

Dr. **Jul. Cohen,** Oberarzt, Königslutter (Braunschweig), Landesanstalt.

Dr. **Colla,** Nervenheilanstalt Buchheide b. Finkenwalde (Pommern).

Dr. **Jul. Daiber,** Oberarzt, Staatsanstalt Weinsberg (Württ.).

Dr. **Damköhler,** 2. Arzt, Kreisanstalt Klingenmünster (Rheinpfalz).

Prof. Dr. **Dannemann,** Oberarzt, Gießen, Psychiatr. Klinik.

Stabsarzt Dr. **Dansauer,** Berlin-Wilmersdorf, Holsteinische Straße 45a.

Dr. **Dees,** Dir. d. Kreisanstalt Gabersee, O.-Bayern.

Dr. **Degenkolb,** Nervenarzt, Altenburg (S.-A.).

Dr. **Heinr. Dehio,** Oberarzt, städt. Anstalt Dösen b. Leipzig.

Dr. **Deiters,** Oberarzt, Prov.-Anstalt Grafenberg b. Düsseldorf.

Dr. **Delbrück,** Dir. d. St. Jürgenasyls zu Ellen b. Bremen.

Dr. **Karl Demohn,** Oberarzt, Landesanstalt Alt-Scherbitz (Kreis Merseburg).

Dr. **Deutsch,** Oberarzt, Prov.-Anstalt Ückermünde in Pommern.

Dr. **Dieckhoff,** Nervenheilanstalt Streitberg, Oberfranken.

Dr. **Dietz,** Oberarzt, Landesanstalt b. Gießen, Großh. Hessen.

Dr. **Dinter,** Oberarzt, Prov.-Heilanstalt Brieg in Schlesien.

Geh. San.-R. Dr. **Dittmar,** Straßburg i. E.

San.-R. Dr. **Dluhosch,** Dir. d. Prov.-Anstalt Obrawalde b. Meseritz (Prov. Posen).

Med.-R. Dr. **O. Dörrenberg,** Kreisarzt, Soest (Westf.).

San.-R. Dr. **Dubbers,** Dir. d. Prov.-Anstalt Allenberg b. Wehlau, O.-Pr.

Dr. **Ebers,** Baden-Baden, Sanatorium.

Dr. **W. Eccard,** Dir. d. Kreisanstalt Frankenthal (Pfalz).

Dr. **v. Eck,** Nervenarzt, Godesberg a. Rh.

San.-R. Dr. **C. Edel,** Dir. d. Priv.-Anstalt Charlottenburg, Berliner Str. 17—19.

Dr. **Max Edel,** Priv.-Anstalt Charlottenburg, Berliner Str. 17—19

Prof. Dr. **Edinger,** Frankfurt a. M., Leerbachstr. 27.

Dr. **Eha,** Dirig. Arzt, Rottenmünster b. Rottweil (Württ.)

Dr. **Hans Ehrcke,** Oberarzt, Landesanstalt Nietleben b. Halle a. S.

San.-R. Dr. **von Ehrenwall,** Dir. d. Priv.-Anstalt Ahrweiler (Rheinprovinz).

Dr. **Alfr. Ehrhardt,** Priv.-Anstalt Karlshof zu Rastenburg, O.-Pr.

Dr. **R. Ehrhardt,** Oberarzt, Staatsanstalt Winnental b. Winnenden (Württ.).

Priv.-Doz. Dr. **Eichelberg,** Oberarzt, Göttingen, Nervenklinik.

Dr. **Karl Eisen,** Oberarzt, Kreisanstalt Kaufbeuren (Bayr. Schwaben).

Dr. **Otto Elias,** Oberarzt, Prov.-Anstalt Rybnik (O.-Schl.).

Dr. **Encke,** Dir. d. Prov.-Anstalt Ückermünde (Pommern).

Dr. **H. Engelken,** Bremen, Schleifmühle 46.

Dr. **H. Engelken,** Anstaltsarzt, Gardelegen (Altmark).

Dr. **Fr. Erk,** Oberarzt, Landesanstalt Herborn (Nassau).

Geh. San.-R. Dr. **Erlenmeyer,** Dir. d. Priv.-Anstalt Bendorf bei Coblenz.

Dr. **van Erp-Taalmann-Kipp,** Dir. d. Sanatoriums Arnheim, Holland.

Dr. **Ewald,** Sek.-Arzt am städt. Siechenhaus zu Frankfurt a. M.

San.-R. Dr. **Fabricius,** Dir. d. Prov.-Anstalt Düren (Rheinpr.).

Dr. **Facklam,** Dir. d. Sanatorium Suderode a. H.

Dr. **Franz Falk,** Oberarzt, Prov.-Anstalt Kortau b. Allenstein, O.-Pr.

Dr. **Falkenberg,** Oberarzt, Städt. Anstalt Herzberge, Lichtenberg b. Berlin.



Dr. **Faltlhauser,** Anst.-Arzt, Kreisanstalt Erlangen (Bayern).

San.-R. Dr. **Fauser,** Dir. Arzt des Bürgerhospitals, Stuttgart.

Dr. **von Feilitsch,** Nervenarzt, Dessau, Körnerstr. 2.

Med.-R. Dr. **Feldkirchner,** Dir. der Kreisanstalt Karthaus Prüll bei Regensburg.

Geh. Obermed.-R. Dr. **Felgner,** Dresden-A., Hohe Straße 27.

Dr. **Finckh,** Leit. Arzt an Dr. Oestreichers Priv.- Anst. Niederschönhausen b. Berlin.

Geh. Med.-R. Dr. **Franz Fischer,** Dir. d. Landesanstalt Pforzheim (Baden).

Med.-R. Dr. **Max Fischer,** Dir. d. Landesanstalt Wiesloch (Baden).

Dr. **Osk. Fischer,** Priv.-Doz., Prag, Psychiatr. Klinik.

Dr. **Germanus Flatau,** Anstaltsarzt, Dresden, Löbtauer Str. 35 I.

Dr. **Gust. Flügge,** Dir. d. Prov.-Anstalt Bedburg b. Cleve.

San.-R. Dr. **J. Fränkel,** dir. Arzt d. Privatanstalt Berolinum, Lankwitz bei Berlin.

Hofrat Prof. Dr. **Friedländer,** dir. Arzt d. Privatanstalt Hohe Mark b. Oberursel a. Taunus.

Geh. San.-R. Dr. **Fries,** Dir. d. Prov.-Anstalt Nietleben b. Halle a. S.

Dr. **Früstück,** Oberarzt, Landesanstalt Hochweitzschen b. Klosterbuch (Kgr. Sa.)

Dr. **Fr. Fuchs,** Oberarzt, Leubus (Schlesien).

Dr. **Heinr. Fuchs,** dir. Arzt, Köln a. Rh., Städt. Irrenanstalt.

Med.-R. Dr. **W. Fuchs,** Oberarzt, Landesanstalt Emmendingen (Baden).

Dr. **Fürer,** dir. Arzt von Haus Rockenau b. Eberbach a. Neckar.

Dr. **Joh. Füth,** Arzt in Koblenz a. Rh.

Dr. **Gallus,** Oberarzt, Landesanstalt Potsdam, Saarmünder Chaussee.

Geh. San.-R. Dr. **Ganser,** Dir. d. städt. Anstalt, Dresden, Lüttichaustr. 25 II.

Prof. Dr. **Gaupp,** Tübingen, Psychiatr. Klinik.

Dr. **Geelvink,** Oberarzt d. städt. Antsalt, Frankfurt a. M.

Dr. **Fr. Geist,** Oberarzt, Landesanstalt Untergöltzsch b. Rodewisch i. V.

Dr. **Gellhorn,** Theresienhof bei Goslar a. Harz.

Med.-R. Dr. **Fritz Gerlach,** Dir. d. Landesanstalt Königslutter (Braunschweig).

Geh. Med.-R. Dr. **Heinr. Gerlach,** Münster (Westf.).

Dr. **Otto Gerling,** Oberarzt, Landeshospital Merxhausen, Reg.-Bez. Kassel.

Geh. San.-R. Dr. **Gerstenberg,** Dir. d. Prov.-Anstalt Hildeshei

Dr. **Nik. Gierlich,** dir. Arzt des Kurhauses Wiesbaden.

Dr. **Herm. Giese,** Kloster Haina, Rb. Kassel.

San.-R. Dr. **Gigglberger,** Wasserheilanstalt Michelstadt (Odenw.




Dr. **Götze,** Landesanstalt Untergöltsch bei Rodewisch (Kgr. Sa.).
Priv.-Doz. Dr. **K. Goldstein,** Königsberg i. Pr., Psychiatr. Klinik.
San.-R. Dr. **M. Goldstein,** Sanat. Großlichterfelde, Jungfernstieg.
Dr. **O. Grahl,** Sanat. Lauenstein b. Hedemünden a. Werra.
Dr. **v. Grabe,** Oberarzt, staatl. Anstalt Friedrichsberg in Hamburg.
Geh. R. Prof. **von Grashey,** München, Prinzregentenstr. 18 II.
Dr. **Heinz Grau,** Abt.-Arzt, Prov.-Anstalt Lüben (Schlesien).
Dr. **Ad. Groß,** Dir. d. Rezirksanstalt Rufach (Elsaß).
Dr. **Paul Groß,** Nervenarzt, Stuttgart, Charlottenstr.
Med.-R.Dr. **Rob. Groß,** Dir. d. Landesanstalt Schussenried (Württ.).
Dr. **Großmann,** Oberarzt d. Landesanstalt Nietleben b. Halle a. S.
San.-R. Dr. **Clem. Gudden,** Nervenarzt, Bonn a. Rh., Buschstr. 2.
Prof. Dr. **Hans Gudden,** München, Steinsdorfstr. 2.
Geh. Med.-R. Dr. **Günther,** Dir. d. Landesanstalt Hubertusburg b. Wermsdorf (Kgr. Sachsen).
Geh. Hofrat Dr. **Gutsch,** Karlsruhe, Hirschstr. 108.
Prof. Dr. **H. Gutzmann,** Zehlendorf, Johannisstr. 1.
Geh. Med.-R. Dr. **Haardt,** Dir. d. Landesanstalt Emmendingen (Baden).
Dr. **Haberkant,** Oberarzt, Bezirksanstalt Stephansfeld bei Brumath, Unterelsaß.
Med.-R. Dr. **Otto Habermaas,** Vorstandmitglied der Versicherungsanstalt Württemberg, Stuttgart.
San.-R. Dr. **Ernst Hahn,** Dir. Arzt d. städt. Irrenhauses, Breslau XII., Einbaumstr.
Dr. **Kurt Halbey,** Oberarzt, Prov.-Anstalt Ückermünde i. Pomm.
Dr. **Edw. Harlander,** Oberarzt, Kreisanstalt Regensburg.
Prof. Dr. **Fritz Hartmann,** Graz, Psychiatr. Klinik.
Dr. **Hasche-Klünder,** Abt.-Arzt, Hamburg, Städt. Anstalt Friedrichsberg.
Dr. **H. Havemann,** Oberarzt, Prov.-Anstalt Tapiau, O.-Pr.
Dr. **Hebold,** Dir. d. städt. Anstalt Wuhlgarten b. Biesdorf-Berlin.
Dr. **Hegar,** Oberarzt, Landesanstalt Wiesloch (Baden).
Dr. **F. Hegemann,** Assist.-Arzt, Prov.-Anstalt Warstein i. Westf.
Prof. Dr. **Heilbronner,** Utrecht, Maliebaan 59.
Dr. **H. Heilemann,** Abt.-Arzt, Prov.-Anstalt Bunzlau.
Dr. **W. Heinicke,** Strafanstaltsarzt, Waldheim (Kgr. Sa.).
Dr. **Heinke,** Oberarzt, Prov.-Anstalt Ückermünde (Pommern).
Dr. **Heise,** Anstaltsarzt, Landsberg a. W.
Dr. **A. Heller,** Oberarzt, Waldbröl, Rh. Köln.
Dr. **von der Helm,** Privatanstalt Endenich b. Bonn a. Rh.
Dr. **Herfeldt,** Dir. d. Kreisanstalt Ansbach (Mittelfranken).
Dr. **Hermkes,** Dir. der Prov.-Anstalt Eickelborn (Westf.).
Dr. **B. Herrmann,** Oberarzt, Würzburg, Psychiatr. Klinik.
Dr. **E. Herse,** Oberarzt, Prov.-Anstalt Neustadt (W.-Pr.)



Dr. **Herting,** Dir. d. Prov.-Anstalt Galkhausen b. Langenfeld (Rheinprovinz).

Dr. **Herwig,** Idiotenanstalt Nieder-Marsberg (Westf.).

Dr. **M. Herzfeld,** Ruppichteroth, Kr. Sieg.

Dr. **Heß,** Oberarzt der Kahlbaumschen Privatanstalt Görlitz, Schillerstraße 14.

Geh. San.-R. Dr. **Hesse,** Privatanstalt Ilten b. Lehrte (Hannover).

Dr. **Hinrichs,** Prov.-Anstalt Schleswig.

Geh. Hofrat Prof. Dr. **Hoche,** Freiburg i. Br., Psychiatr. Klinik.

Dr. **Jos. Hock,** Dir. der Kreisanstalt Bayreuth.

Dr. **Höniger,** Arzt, Halle a. S., Schillerstr. 10.

Med.-R. Dr. **Hösel,** Dir. d. Landesanstalt Zschadraß b. Colditz (Kgr. Sachsen).

Dr. **Carl v. Hößlin,** Eglfing b. München.

Geh. San.-R. Dr. **Höstermann,** Wasserheilanstalt Marienberg b. Boppard am Rhein.

Dr. **Imm. Hoffmann,** Prov.-Anstalt Altscherbitz b. Schkeuditz.

Dr. **Reinh. Hoffmann,** Oberarzt, Landesanstalt Zwiefalten (Württ.).

Dr. **Bernh. Hollander,** London, 57, Wimpole Str. W, Cavendish Square.

Dr. **Holzen,** Abt.-Arzt, Prov.-Anstalt Warstein (Westf.).

Priv.-Doz. Dr. **Homburger,** Heidelberg, Psychiatr. Poliklinik.

Dr. **Ad. Hoppe,** Dir. d. Kurhauses in Neckargemünd (Baden).

Dr. **J. Hoppe,** Oberarzt, Prov.-Anstalt Uchtspringe (Prov. Sa.).

Dr. **Hornung,** dir. Arzt, Schloß Marbach, Post Wangen b. Konstanz.

Dr. **Horstmann,** Dir. der Prov.-Anstalt Stralsund.

Priv.-Doz. Dr. **Hübner,** Bonn a. Rh., Psychiatr. Klinik.

San.-R. Dr. **Hüfler,** Nervenarzt, Chemnitz, Brückenstr. 14.

Dr. **Hügel,** Anst.-Arzt, Kreisanstalt Klingenmünster (Rheinpfalz).

Dr. **B. Huth,** Nervenarzt, Bonn a. Rh.

Obermed.-R. Dr. **Ilberg,** Dir. des Sonnensteins b. Pirna (Kgr. Sachsen).

Priv.-Doz. Dr. **M. Ißerlin,** München, Triftstr. 11.

Dr. **G. Jänecke,** Abt.-Arzt, Osnabrück, Prov.-Anstalt.

Prof. Dr. **Jahrmärker,** Oberarzt, Prov.-Anstalt Marburg (Hessen).

San.-R. Dr. **Jaspersen,** Privatanstalt Schellhorner-Berg b. Preetz (Holstein).

Geh. San.-R. Dr. **Jastrowitz,** Berlin NW., Alt-Moabit 131.

Med.-R. Dr. **L. Jenz,** Dir. d. Großh. Kinderheims Lewenberg, Schwerin (Meckl.).

Dr. **Kaes,** Staatsanstalt Friedrichsberg in Hamburg.

Dr. **Kahlbaum,** Dir. d. Privatanstalt Görlitz.

Dr. **Otto Kaiser,** 2. Arzt d. Privatanstalt Neufriedenheim, Post München 12.



Geh. San.-R. Dr. **Jak. Kayser,** Dir., Dziekanka b. Gnesen.
Dr. **S. Kalischer,** Schlachtensee, Kurhaus Hubertus.
Dr. **Paul v. Kapff,** Grunewald b. Berlin, Königsallee 52.
Med.-R. Dr. **Karrer,** Dir. d. Kreisanstalt Klingenmünster (Rheinpf.).
Dr. **A. Kellner,** Oberarzt, Landesanstalt Chemnitz f. Blinde u. Schwachs.
San.-R. Dr. **Kern,** Dir. d. Idiotenanstalt Möckern b. Leipzig.
Dr. **Kerris,** Oberarzt d. Prov.-Anstalt Galkhausen b. Langenfeld (Rheinpr.).
Dr. **A. Ketz,** Oberarzt, Conradstein b. Pr. Stargard.
Prof. Dr. **Kirchhoff,** Dir. d. Prov.-Anstalt Schleswig.
Dr. **Kleefisch,** Leit. Arzt, Idiotenanstalt Huttrop b. Essen (Rheinpr.).
Dr. **Kleffner,** Dir. d. Prov.-Anstalt Münster (Westf.).
Priv.-Doz. Dr. **Kleist,** Erlangen, Psychiatr. Klinik.
San.-R. Dr. **Kleudgen,** Privatanstalt Obernigk b. Breslau.
Dr. **Klewe,** Oberarzt, Landesanstalt Emmendingen (Baden).
San.-R. Dr. **Klinke,** Dir. d. Prov.-Anstalt Lublinitz (O.-Schl.).
Dr. **Klüber,** Anstaltsarzt, Kreisanstalt Erlangen (Mittelfranken).
Dr. **O. Kluge,** Dir. d. Prov.-Anstalt Potsdam.
Geh. San.-R. Dr. **Knecht,** Neu-Ruppin.
Dr. **H. Knehr,** Nürnberg, Josephsplatz 10 II.
Dr. **Aug. Knoblauch,** Oberarzt, städt. Siechenhaus, Frankfurt a. M., Gärtnerweg 31.
Dr. **Knoerr,** Dir. d. Prov.-Anstalt Teupitz (Kr. Teltow).
San.-R. Dr. **Emil Koch,** Oldenburg i. H.
Dr. **Hans Koch,** Oberarzt, Landesanstalt Schussenried (Württ.).
Dr. **Köberlin,** Oberarzt, Kreisanstalt Erlangen (Mittelfranken).
Dr. **Hans Köhler,** Oberarzt, Kreisanstalt Gabersee (O.-Bayern).
Dr. **M. L. Köhler,** Sanat. Hainstein b. Eisenach.
Dr. **H. Körtke,** Oberarzt, städt. Anstalt Langenhorn b. Hamburg.
Dr. **Kohnstamm,** Königstein i. Taunus.
Dr. **G. Kolb,** Dir. d. Kreisanstalt Erlangen.
Dr. **Wilh. Korte,** Anstaltsarzt, Eglfing b. München.
San.-R. Dr. **Kortum,** Oberarzt, Dalldorf b. Berlin.
Priv.-Doz. Dr. **Fr. Kramer,** Breslau, Psychiatr. Klinik, Agnesstr. 21.
Dr. **Krause,** Stabsarzt, Berlin W. 50, Regensburger Str. 39.
Dr. **Krauß,** Dir. d. Privatanstalt Kennenburg b. Eßlingen (Württ.).
Med.-R. Dr. **Kraußold,** Bayreuth.
Dr. **Krebs,** Oberarzt, Prov.-Anstalt Allenberg b. Wehlau, O.-Pr.
Obermed.-R. Dr. **Krell,** Dir. d. Landesanstalt Großschweidnitz b. Löbau (Kgr. Sachsen).
Med.-R. Dr. **Krimmel,** Dir. d. Landesanstalt Zwiefalten (Württ.).
Dr. **Fritz Kroemer,** Oberarzt, Prov.-Anstalt bei Schleswig.
Dr. **Kufs,** Landesanstalt Hubertusburg b. Wermsdorf (Kgr. Sa.).
Dr. **Kundt,** Dir. d. Kreisanstalt Deggendorf (N.-Bayern).



Dr. **Guido Kunze,** Abt.-Arzt, Prov.-Anstalt Leubus (Schlesien).
Dr. **Kurella,** Nervenarzt, Bonn a. Rh., S.
Dr. **Kurz,** Dir. d. Privatanstalt Pfullingen (Württ.).
Dr. **Lachmund,** Abt.-Arzt, Prov.-Anstalt Münster (Westf.).
San.-R. Dr. **Georg Laehr,** Schweizerhof zu Zehlendorf-Wannseebahn.
San.-R. Prof. Dr. **Max Laehr,** Dir., Haus Schönow zu Zehlendorf-Wannseebahn.
Dr. **Martin Lahse,** Oberarzt, Prov.-Anstalt Potsdam.
San.-R. Dr. **Gustav Landerer,** Dir., Christophsbad zu Göppingen (Württ.).
San.-R. Dr. **Nik. Landerer,** Dir. d. Prov.-Anstalt Andernach a. Rh.
Hofrat Dr. **Paul Landerer,** Kennenburg b. Eßlingen (Württ.).
Dr. **Joh. Lange,** dir. Arzt, Landesasyl Jerichow (Prov. Sachsen).
Dr. **P. Langer,** Landesasyl Jerichow (Prov. Sachsen).
San.-R. Dr. **Lantzius-Beninga,** Dir. d. Prov.-Anstalt Weilmünster (Nassau).
San.-R. Dr. **Leop. Laquer,** Nervenarzt, Frankfurt a. M., Jahnstr. 42.
Dr. **Lauenstein,** Priv.-Anstalt, Hedemünden a. Werra.
Dr. **Erwin Lauschner,** Oberarzt, Treptow a. Rega, Prov.-Anstalt.
Dr. **F. Lehmann,** dir. Arzt, Lindenhof zu Coswig b. Dresden.
Geh. R. Dr. **G. H. Lehmann,** Dir. d. städt. Anstalt Dösen b. Leipzig.
Dr. **R. Lehmann,** Abt.-Arzt, Prov.-Anstalt Freiburg (Schlesien).
Dr. **K. Lemberg,** Oberarzt, Eglfing b. München.
Dr. **Leonhardt,** Sanat. Waidmannslust b. Berlin.
Med.-R. Dr. **Leppmann,** Berlin NW., Kronprinzenufer 23.
Dr. **Levinstein,** Dir. d. Maison de Santé, Schöneberg-Berlin W.
Dr. **Max Lewandowsky,** Berlin W., Eichhornstr. 9.
Dr. **M. Liebers,** Oberarzt d. städt. Anstalt Dösen b. Leipzig.
Dr. **Herm. Liebetrau,** Kreis-Ass.-Arzt, Hagen (Westf.).
Dr. **A. Lienau,** Nervenarzt, Hamburg-Eimsbüttel, 19 am Weiher.
San.-R. Dr. **Lilienstein,** Nervenarzt, Bad Nauheim. Parkstr. 14.
Prof. Dr. **Hugo Liepmann,** Berlin W. 62, Ahornstr. 1.
Dr. **K. Lindner,** Anstaltsarzt, Kreuzburg (Schlesien).
Dr. **Alfr. Linke,** Oberarzt, Prov.-Anstalt Lüben (Schlesien).
Hofrat Dr. **Lochner,** Dir. d. städt. Privatanstalt Thonberg b. Leipzig.
Dr. **H. Lößl,** Oberarzt, Gabersee (O.-Baiern).
Dr. **Siegfried Löwenthal,** Arzt, Braunschweig, Bruchtorpromenade 12.
Dr. **Max Löwy,** Nervenarzt, Marienbad i. B.
Dr. **Georg Lomer,** Oberarzt, (Alt-) Strelitz, Landesanstalt.
San.-R. Dr. **Joh. Longard,** dir. Arzt des Fürst-Carl-Landesspitals, Sigmaringen.
Dr. **Max Lubowski,** dir. Arzt, Wiesbaden, Kurhaus Nerotal.
Dr. **Lückerath,** Oberarzt, Prov.-Anstalt Bonn a. Rh.
Dr. **Lüdemann,** Abt.-Arzt, Staatsanstalt Langenhorn b. Hamburg.
Dr. **Lüderitz,** Dir. d. Karl-Friedrich-Hospitals, Blankenhain in Thür.

San.-R. Dr. **Lullies,** Oberarzt, Prov.-Anst. Kortau b. Allenstein, O.-Pr.
Dr. **M. Lustig,** Naunhof-Erdmannshain b. Leipzig.
Dr. **Luther,** Oberarzt, Prov.-Anstalt Lauenburg (Pommern).
Dr. **H. W. Maier** 2. Arzt, Burghölzli, Zürich V.
Prof. Dr. **Ludw. Mann,** Nervenarzt, Breslau, Tassenstr. 20.
Prof. Dr. **Al. Margulies,** Prag.
Dr. **Marthen,** Oberarzt, Prov.-Anstalt Landsberg a. W.
Dr. **Martin,** Oberarzt d. Priv.-Anst. Dr. v. Ehrenwall, Ahrweiler.
Obermed.-R. Dr. **Matusch,** Dir. d. Landesanstalt Sachsenberg b. Schwerin.
Med.-R. Dr. **Mayer,** Dir. d. Philippshospitals zu Goddelau (Großh. Hessen).
Med.-R. Dr. **Mayser,** Dir. d. Landesanstalt Hildburghausen.
Dr. **Meltzer,** Oberarzt, Landesanstalt Waldheim (Kgr. Sachsen).
Dr. **Kurt Mendel,** Nervenarzt, Berlin NW., Luisenstr. 21 II.
San.-R. Dr. **Mercklin,** Dir. d. Prov.-Anstalt Treptow a. Rega (Pomm.).
Priv.-Doz. Dr. **L. Merzbacher,** Laboratoriumvorsteher der Staatsirrenanstalt bei Buenos-Aires.
Med.-R. Prof. Dr. **Ernst Meyer,** Königsberg i. Pr., Psychiatr. Klinik.
Dr. **Herm. Meyer,** Oberarzt. Landesanstalt Königslutter (Braunschweig).
San.-R. Dr. **Eugen Möller,** Oberarzt, Prov.-Anstalt Plagwitz (Schlesien).
Dr. **Paul Möller,** Nervenarzt, Groß-Lichterfelde W., Bernerstr. 9.
Dr. **Friedr. Mörchen,** Priv.-Anstalt Ahrweiler (Rheinpr.).
Dr. **Mucha,** Dir. d. Privatanstalt Franz.-Buchholz b. Berlin.
Dr. **Ernst Müller,** Abt.-Arzt, Merxhausen b. Kassel.
Dr. **Hellm. Müller,** Oberarzt. städt. Heilanstalt Dösen b. Leipzig.
Dr. **Jul. Müller,** 2. Arzt, Andernach, St. Thomas.
Dr. **Muermann,** Oberarzt, Prov.-Anstalt Aplerbeck (Westf.).
Dr. **D. Munter,** Berlin C., Kaiser Wilhelmstr. 21.
Med.-R. Prof. Dr. **Näcke,** dir. Arzt d. Landesanstalt Hubertusburg b. Wermsdorf (Kgr. Sachsen).
Dr. **Nawratzki,** Privatanstalt Waldhaus bei Wannsee.
San.-R. Dr. **Cl. Neißer,** Dir. d. Prov.-Anstalt Bunzlau (Schlesien).
Dr. **Ernst Nenning,** Oberarzt, Kreisanstalt Eglfing bei München.
Dr. **Nerlich,** Oberarzt, Landesanstalt Großschweidnitz (Kgr. Sachsen).
Prof. Dr. **Neuberger,** Dir. d. Staatsanstalt Langenhorn b. Hamburg.
Geh. Med.-R. Dr. **Neuendorff,** Dir. d. Landesanstalt Bernburg, Anhalt.
San.-R. Dr. **H. Neuhaus,** dir. Arzt, Düsseldorf, Depart.-Anstalt.
Dr. **Neupert,** Oberarzt, Kreisanstalt Erlangen.
Dr. **Niesel,** Dir. d. Priv.-Anst. Bergquell-Frauendorf b. Stettin.
Priv.-Doz. Dr. **Erwin Nießl von Mayendorf,** Leipzig, Psychiatr. Klinik.
Prof. Dr. **Nißl,** Heidelberg, Psychiatr. Klinik.
Dr. **Paul Nitsche,** Dir. Arzt d. städt. Anstalt, Dresden, Löbtauerstr. 31
Dr. **Er. Noack,** Oberarzt, Teupitz (Kr. Teltow), Prov.-Anstalt.

Hofrat Prof. Dr. **Obersteiner,** Dir. der Privatanstalt Oberdöbling b. Wien.

Geh. San.-R. Dr. **Öbeke,** Bonn a. Rh., Baumschulenallee 7.

Dr. **Östreicher,** Dir. d. Privatanstalt Nieder-Schönhausen b. Berlin.

Dr. **Ötter,** Oberarzt, Prov.-Anstalt Ansbach (Mittelfranken).

San.-R. Dr. **Ofterdinger,** Dir. d. Privatanstalt Rellingen b. Pinneberg.

San.-R. Dr. **Alb. Oliven,** dir. Arzt, Berolinum, Groß Lichterfelde b. Berlin.

Dr. **Kurt Ollendorff,** Berlin-Schöneberg, Maison de Santé.

Prof. Dr. **Oppenheim,** Berlin W., Lennéstr. 3.

Dr. **Oppermann,** Anst.-Arzt, Kreisanstalt Erlangen (M.-Franken).

Dr. **Orthmann,** leit. Arzt der Prov.-Anstalt Köln-Lindenthal.

Med.-R. Dr. **Oßwald,** Dir. der Landesanstalt Gießen.

Med.-R. Dr. **Oster,** Landesanstalt Illenau b. Achern (Baden).

San.-R. Dr. **Otto,** städt. Anstalt Herzberge zu Lichtenberg b. Berlin.

Geh. San.-R. Dr. **Paetz,** Dir., Altscherbitz b. Schkeuditz (Prov. Sachsen).

Dr. **M. Pappenheim,** Heidelberg, Psychiatr. Klinik.

Dr. **Passow,** Dir. der Privatantalt Kropp (Schleswig).

Dr. **Peipers,** Dir. d. Privatanstalt Pützchen b. Bonn a. Rh.

Geh.-San.-R. Dr. **Peretti,** Dir. d. Prov.-Anst. Grafenberg b. Düsseldorf.

San.-R. Dr. **Petersen,** Dir. d. Prov.-Anstalt Brieg (Schlesien).

San.-R. Dr. **Peterßen-Borstel,** Dir. d. Prov.-Anstalt Plagwitz (Schles.).

Prof. Dr. **Pfister,** Charlottenburg-Westend, Eichenallee 33.

Hofrat Prof. Dr. **Pick,** Prag, Psychiatr. Klinik.

Priv.-Doz. Dr. **Felix Plaut,** München, Psychiatr. Klinik.

Dr. **Pohl,** leit. Arzt d. Kuranstalt Godeshöhe, Godesberg a. Rh.

Dr. **Pohlmann,** Oberarzt, Aplerbeck (Westf.), Provinzial-Heilanstalt.

Dr. **Art. Powels,** Anst.-Arzt, Kortau bei Allenstein.

Dr. **Prinzing,** Dir. d. Kreisanstalten zu Kaufbeuren (Bayern).

Dr. **F. Probst,** Anstaltsarzt, Kreisanstalt Eglfing b. München.

Dr. **Quaet-Faslem,** Prov.-Nervenheilanstalt Rasemühle b. Göttingen.

San.-R. Dr. **Rabbas,** Dir. d. Prov.-Anstalt Neustadt (W.-Pr.).

Dr. **C. von Rad,** Oberarzt d. Irrenabt. des Krankenhauses zu Nürnberg.

Prof. Dr. **Raecke,** Oberarzt, Frankfurt a. M., Städt. Anstalt für Geisteskr. u. Epil.

Med.-R. Dr. **Rank,** Dir. d. Landesanstalt Weißenau (Württ.).

Dr. **Karl Ranke,** Dir. d. Privatanstalt Obersendling b. München, Wolfratshauserstr. 29.

Priv.-Doz. Dr. **Otto Ranke,** Assist.-Arzt, Heidelberg, Psychiatr. Klinik.

Dr. **Th. Ranniger,** Oberarzt, Landesanstalt Waldheim (Kgr. Sachsen).

Dr. **Renninger,** Anstaltsarzt, Regensburg, Karthaus Prüll.

San.-R. Dr. **Ransohoff,** Dir., Stephansfeld b. Brumath i. E.

Dr. **Ernst Rehm,** Dir. d. Privatanstalt Neufriedenheim b. München.



Dr. **Otto Rehm,** Oberarzt, städt. Heilanstalt Ellen bei Bremen.
Dr. **Friedr. Reich,** Oberarzt, Städt. Heilanstalt Buch (Rb. Potsdam).
Prof. Dr. **Martin Reichardt,** Würzburg, Hofstr. 9.
Med.-R. Dr. **J. Reichelt,** Dir. d. Landesanstalt Hochweitzschen bei Westewitz (Mulde), Kgr. Sachsen.
Dr. **O. Rein,** Anst.-Arzt, Landesanstalt Landsberg a. W.
Dr. **Reis,** Görlitz, Dr. Kahlbaums Privatanstalt.
Priv.-Doz. Dr. **Reiß,** Assist.-Arzt, Tübingen, Psychiatr. Klinik.
Dr. **Rentsch,** Landesanstalt Sonnenstein b. Pirna.
Dr. **O. Repkewitz,** Oberarzt, Prov.-Anstalt Schleswig.
Prof. Dr. med. **Reye,** Hamburg.
Med.-R. Dr. **Ribstein,** dir. Arzt am Landesgefängnis Freiburg i. Br.
Dr. **Richstein,** Oberarzt, Prov.-Anstalt Neuruppin.
San.-R. Dr. **Richter,** Dir. d. städt. Anstalt Buch b. Berlin.
Dr. **Riebeth,** Dir., Prov.-Anstalt Landsberg a. W.
Dr. **Rieder,** Oberstabsarzt, Koblenz a. Rh.
Prof. Dr. **Rieger,** Würzburg, Psychiatr. Klinik.
Dr. **Rizor,** Abt.-Arzt, Langenhagen b. Hannover.
Dr. **Joh. Römer,** Oberarzt, Landesanstalt Illenau b. Achern (Baden).
Dr. **Karl Römer,** Nervenarzt, Hirsau im Schwarzwald.
Dr. **Römheld,** Dir. d. Landesanstalt Alzey.
Dr. **Rösen,** Oberarzt, Landesanstalt Landsberg a. W.
Dr. **Rohde,** Nervenarzt, Bad Königsbrunn b. Königstein a. Elbe.
Prof. Dr. **Rosenfeld,** Oberarzt, Straßburg i. E., Psychiatr. Klinik.
Dr. **S. A. Rosenthal,** dir. Arzt d. Priv.-Anst. Sayn b. Koblenz.
Dr. **P. Roßbach,** Oberarzt, Landesanstalt Hubertusburg b. Wermsdorf (Kgr. Sachsen).
Dr. **Roth,** Oberarzt im K. bayr. 23. Infant.-Reg., Landau (Pfalz).
Geh. San.-R. Dr. **Ruhbarth,** Dir. d. Prov.-Anstalt Niedermarsberg (Prov. Westf.).
Dr. **Alb. Rühle,** Oberarzt, Landesanstalt Schussenried (Württ.).
Dr. **W. Runge,** Priv.-Doz., Oberarzt, Kiel, Psychiatr. Klinik.
San.-Rat Dr. **Rust,** 2. Arzt d. Landesanstalt Sachsenberg b. Schwerin.
Geh. Med.-R. Dr. **Wilh. Sander,** Dir. d. städt. Anstalt Dalldorf b. Berlin.
Dr. **Friedr. Sandner,** Oberarzt, Bezirksanstalt Rufach (Oberelsaß).
Dr. **Sauermann,** Oberarzt, Prov.-Anstalt Merzig (Rheinpr.).
Med.-R. Dr. **Alfons Schaefer,** Dir. d. Landesanstalt Roda S.-A.
Geh. San.-R. Dr. **Friedr. Schaefer,** Dir. d. Prov.-Anstalt Lengerich (Westf.).
Dr. **Gerh. Schäfer,** Oberarzt, städt. Anstalt Langenhorn, Hamburg.
San.-R. Dr. **Schauen,** Dir. d. Prov.-Anstalt Schwetz a. Weichsel.
Dr. **Friedrich Schaumburg,** dir. Arzt der rheinischen Priv.-Anstalt Waldbröl.
Dr. **Schauß,** Assist.-Arzt, Städt. Anstalt Buch b. Berlin.
Dr. **Schedtler,** Dir. d. Landesanstalt Merxhausen (Reg.-Bez. Kassel).



Dr. **Scheiber,** Oberarzt, Kreisanstalt Deggendorf (N.-Bayern).
Prof. Dr. **Scheven,** Rostock, Graf-Schack-Straße 1.
Dr. **Schilling,** Berlin-Schöneberg, Maison de Santé.
Dr. **J. v. Schleiß-Löwenfeld,** Anstaltarzt, Gabersee, O. B.
Geh. San.-R. Dr. **Adolf Schmidt,** Dir. d. Prov.-Anstalt Sorau N.-L.
Dr. **Adolf Schmidt,** Oberarzt, Landesanstalt Altscherbitz bei Schkeuditz (Prov. Sachsen).
Dr. **Al. Schmidt,** Dir. d. Privatanstalt Carlsfeld b. Brehna (Prov. Sachs.).
Dr. **Alfr. Schmidt,** Oberarzt, Marsberg (Westf.), Prov.-Anstalt.
Dr. **Emil Schmidt,** Oberarzt, Prov.-Anstalt Wunstorf b. Hannover.
Dr. **Herm. Schmidt,** Oberarzt, städt. Anstalt Wuhlgarten zu Biesdorf b. Berlin.
Dr. **Karl Schmidt,** Anstaltsarzt, Landesanstalt Altscherbitz bei Schkeuditz (Prov. Sachsen).
Dr. **Kurt Schmidt,** Nervenarzt, Dresden-A., Walpurgisstr. 15.
San-.R. Dr. **Anton Schmitz,** Privatanstalt Bonn a. Rh., Lennéstr. 24.
Dr. **Matthias Schmitz,** Oberarzt, Landesanstalt Neuruppin.
San.-R. Dr. **Ernst Schneider,** Dir. d. Prov.-Anstalt Osnabrück.
Dr. **Herm. Schneider,** Oberarzt, Philippshospital zu Goddelau (Großh. Hessen).
Dr. **Reinh. Schneider,** Anstaltsarzt, Landesanstalt Untergöltzsch bei Rodewisch (Kgr. Sachsen).
Dr. **Hub. Schnitzer,** Idiotenanstalt Kückenmühle b. Stettin.
Dr. **Schnizer,** Oberarzt im Württ. Feldart. Rgt. 65, Tübingen, Psychiatr. Klinik.
Dr. **Schönfeldt,** Privatanstalt Atgasen b. Riga.
Dr. **Scholinus,** Privatanstalt Pankow b. Berlin, Breite Str. 18-19.
Dr. **Ludwig Scholz,** Dir. d. Prov.-Anstalt Kosten (Prov. Posen).
Dr. **Schott,** Dirig. Arzt der Priv.-Anstalt zu Stetten i. R. (Württ.)
San.-R. Dr. **Schreiber,** Oberarzt, Prov.-Anstalt Düren (Rheinpr.).
Dr. **Kurt Schroeder,** Altscherbitz b. Schkeuditz (Prov. Sa.).
San.-R. Dr. **Max Schroeder,** Oberarzt, Prov.-Anstalt Lauenburg (Pom.).
Prof. Dr. **Paul Schroeder,** Oberarzt, Breslau, Psychiatr. Klinik.
Dr. **H. Schrottenbach,** Ass.-Arzt, Graz, Psychiatr. Klinik.
Dr. **Schubert,** Dir. d. Prov.-Anstalt Kreuzburg (O.-Schl.).
Geh. Med.-R. Prof. Dr. **Schuchardt,** Landesanstalt Gehlsheim b. Rostock.
Dr. **Walt. von Schuckmann,** Abt.-Arzt, Prov.-Anstalt Lüben (Schlesien).
Geh. R. Dr. **Schüle,** Dir. d. Landesanstalt Illenau b. Achern (Baden).
Dr. **Schürmann,** Dir. d. Landesanstalt Haina (Reg.-Bez. Kassel).
Dr. **Schütte,** Oberaarzt, Bonn, Prov.-Anstalt.
Priv.-Doz. Dr. **Hugo Schütz,** Privatanstalt Hartheck b. Gaschwitz-Leipzig.
Dr. **Otto Schütz,** Privatanstalt Hartheck b. Gaschw[illegible].



Dr. **Schulten,** dir. Arzt d. Privatanstalt Marienhaus zu Waldbreitbach (Rheinpr.).

Prof. Dr. **Ernst Schultze,** Greifswald, Psychiatr. Klinik.

Obermed.-R. Dr. **Eugen Schulze,** Dir. d. Landesanstalt Arnsdorf (Kgr. Sachsen).

Dr. **Oskar Schuster,** Arzt, Dresden, Bergstr. 52.

Dr. **Hans Schwabe,** Oberarzt, Plauen i. V., Stadtkrankenhaus.

Dr. **Friedr. Schwarz,** Anstaltsarzt, Kreisanstalt Ansbach.

Reg.- u. San.-R. Dr. **Jos. Schweighofer,** Dir. d. Landesanstalt Salzburg.

Dr. **M. Schwienhorst,** Abt.-Arzt, Münster (Westf.).

Dr. **P. Seelig,** städt. Anstalt Herzberge zu Lichtenberg b. Berlin.

Dr. **Seifert,** Nervenarzt, Dresden, Christianstr. 8.

Dr. **M. Seige,** Anst.-Arzt, Dresden, städt. Anst.

San.-R. Dr. **Selle,** Dir. d. Prov.-Anstalt Neuruppin.

Dr. **Friedr. Sendtner,** Anstaltsarzt, Kreisanstalt Eglfing b. München.

San.-R. Dr. **Serger,** Dir. d. Landesanstalt (Alt-) Strelitz.

Dr. **Max Sichel,** Assist.-Arzt, Frankfurt a. M., städtische Irrenanstalt.

Dr. **A. Siebert,** Oberarzt, Johannistal b. Süchteln (Rheinpr.).

Geh. Med.-R. Prof. Dr. **Siemerling,** Kiel, Psychiatr. Klinik.

Geh. San.-R. Dr. **Franz Simon,** Dir. d. Prov.-Anstalt Lüben (Schlesien).

Dr. **Herm. Simon,** Dir. d. Prov.-Anstalt Warstein (Westf.).

Dr. **Rich. Sinn,** Dir. d. Privatheilanst. Neubabelsberg.

Prof. Dr. **Sioli,** Dir. d. städt. Anstalt Frankfurt a. M.

Dr. **Franz Sklarek,** Oberarzt, städt. Anstalt Buch b. Berlin.

San.-R. Dr. **Otto Snell,** Dir. d. Prov. Anstalt Lüneburg.

Dr. **Max Sommer,** 2. Arzt, Bendorf a. Rh., Dr. Erlenmeyersche Anstalten.

Prof. Dr. **Rob. Sommer,** Gießen, Psychiatr. Klinik.

Prof. Dr. **Specht,** Erlangen, Psychiatr. Klinik.

Priv.-Doz. Dr. **Walt. Spielmeyer,** Freiburg i. Br., Psychiatr. Klinik.

Dr **Kurt Sprengel,** Leit. Arzt, Birkenhof b. Greiffenberg, Schlesien.

Dr. **Friedr. Stahr,** Landesanstalt Königslutter (Braunschweig).

San.-R. Dr. **Staiger,** Hohenasperg (Württ.).

Reg.-R. Dr. **Jos. Starlinger,** Dir. d. Landesanstalt Mauer-Öhling b. Wien.

Dr. **Stegmann,** Nervenarzt, Dresden-A., Struve-Straße 4.

Dr. **Herm. Stengel,** Arzt am Landesgefängnis Bruchsal (Baden).

Dr. **Rich. Stöckle,** Kreisanstalt Eglfing b. München.

Dr. **Stövesandt,** Dir. d. Krankenanstalt Bremen.

Dr. **Stöwesand,** Anstaltsarzt, Kreuzburg (Schlesien).

San.-R. Dr. **Stoltenhoff,** Dir. d. Prov.-Anstalt Kortau b. Allenstein (O.-Pr.).

Priv.-Doz. Dr. **Erwin Stransky,** Wien IX, 2, Mariannengasse 32.

Prof. Dr. **Wilh. Strohmayer,** Nervenarzt, Jena.

Dr. **Wojislav Subotitsch,** Primararzt d. Kgl. Irrenanstalt zu Belgrad (Serbien).
Dr. **Fr. Taubert,** Oberarzt, Lauenburg (Po.), Prov.-Anstalt.
Dr. **Alfr. Tauscher,** Landesanstalt Waldheim (Kgr. Sachsen).
Dr. **Tecklenburg,** Privatanstalt Tannenfeld b. Nöbdenitz S.-A.
Dr. **Tesdorpf,** München, Hildegardstr. 9.
Dr. **Teuscher,** Sanat. Loschwitz b. Dresden.
Med.-R. Dr. **E. Thoma,** Oberarzt, Landesanstalt Illenau b. Achern (Baden).
Prof. Dr. **Thomsen,** Dr. Hertzsche Anstalt, Bonn, Kreuzbergweg 4.
Dr. **Thywißen,** leit. Arzt d. Anstalt St. Joseph, Neuß.
Geh. Med.-R. Dr. **Tigges,** Düsseldorf, Kaiserstr. 53.
San.-R. Dr. **Tippel,** dir. Arzt, Johannisberg zu Kaiserswerth a. Rh.
Dr. **Heinr. Többen,** Arzt an der Strafanstalt Münster (Westf.).
Dr. **Tomaschny,** Oberarzt, Prov.-Anstalt Treptow a. Rega.
San.-R. Dr. **Umpfenbach,** Oberarzt, Prov.-Anstalt Bonn a. Rh.
Dr. **Fritz Ungemach,** Oberarzt, Kreisanstalt Eglfing b. München.
Dr. **Fritz Utz,** Anst.-Arzt, Kreisanstalt Ansbach.
Dr. **Veit,** Oberarzt, städt. Anstalt Wuhlgarten zu Biesdorf b. Berlin.
Dr. **Franz Viedenz,** Oberarzt, Prov.-Anstalt Eberswalde.
Dr. **Ad. Vierzigmann,** Anstaltsarzt, Regensburg, Karthaus Prüll.
Dr. **Vocke,** Dir. d. Kreisanstalt Eglfing b. München.
Dr. **Völker,** Dir. d. Prov.-Anstalt Langenhagen b. Hannover.
Prov. Dr. **Heinr. Vogt,** Frankfurt a. M., Neues Senckenbergsches Institut.
Priv.-Doz. Dr. **Osk. Vogt,** Berlin W., Viktoriastr. 19.
Dr. **Vollheim,** Oberarzt, Prov.-Anstalt Treptow a. R. (Pommern).
Priv.-Doz. **W. von Voß,** Oberarzt, Greifswald, Psychiatr. Klinik.
Dr. **Wachsmuth,** Dir., Eichberg b. Hattenheim a. Rh.
Dr. **Alb. Wagner,** Bad Langenschwalbach, Sanatorium Paulinenberg.
Dr. **Mor. Wahn,** leit. Arzt der Alex.-Anstalt in Crefeld.
Dr. **Wahrendorff,** Privatanstalt Ilten b. Lehrte (Hannover).
Dr. **Waldschmidt,** Nikolassee, v. Luckstr. 13.
San.-R. Dr. **Walter,** Dir. d. Privatanstalt Deutsch-Lissa b. Breslau.
Dr. **O. Walther,** Oberarzt, Prov.-Anstalt Neustadt i. Holstein.
Dr. **Wanke,** Sanat. Friedrichsroda (Thüringen).
Dr. **Warda,** Blankenburg in Thüringen, Villa Emilia.
Priv.-Doz. Dr. **Wassermeyer,** Bonn, Dr. Hertzsche Anstalt, Kreuzbergweg 4.
Dr. **Wattenberg,** Dir. d. staatl. Anstalt Lübeck.
Prof. Dr. **Wilh. Weber,** Dir. der städt. Heilanstalt in Chemnitz.
Dr. **C. Wegener,** Prov.-Anstalt Niedermarsberg.
San.-R. Dr. **Weichelt,** Dir. d. Anstalt St. Thomas, And[illegible] Rh.
Dr. **Wilh. Weidenmüller,** Anstaltsarzt, Prov.-Anstalt [illegible] (Altmark).
Dr. **Carl Weller,** Assist.-Arzt, München, Psych[illegible]



San.-R. Dr. **Julius Weiler,** Dir. d. Privatanstalt Charlottenburg-W e s t - e n d , Nußbaumallee 38.
Dr. **Weißenborn,** Assist.-Arzt, Prov.-Anstalt S c h l e s w i g.
Dr. **Wende,** Oberarzt, K r e u z b u r g (Schlesien).
Priv.-Doz. Dr. **Wendenburg,** Oberarzt, O s n a b r ü c k , Prov.-Anstalt.
San.-R. Dr. **Karl Werner,** Dir. d. Prov.-Anstalt O w i n s k (Posen).
Dr. **Paul Werner,** Oberarzt, Prov.-Anstalt B e d b u r g b. Cleve..
Prof. Dr. **A. Westphal,** B o n n a. Rh., Psychiatr. Klinik.
Dr. **Westrum,** Oberarzt, Prov.-Anstalt M a r s b e r g (Westf.).
Dr. **Albrecht Wetzel,** H e i d e l b e r g , Psychiatr. Klinik.
Dr. **Weyert,** Stabsarzt, P o s e n , Gartenstr. 12.
Prof. Dr. **W. Weygandt,** Dir. der Staatsanstalt Friedrichsberg in H a m b u r g.
Dr. **Wichmann,** Arzt, Pyrmont.
Dr. **Karl Wickel,** Oberarzt, Prov.-Anstalt Obrawalde b. M e s e r i t z (Posen).
Dr. **E. Wiehl,** Oberarzt, Landesanstalt S c h u s s e n r i e d (Württ.).
Dr. **Wilhelmy,** Oberarzt, B o n n , Dr. Herzsche Priv.-Anstalt.
Priv.-Doz. Dr. **Karl Wilmanns,** H e i d e l b e r g, Psychiatr. Klinik.
San.-R. Dr. **Paul Winckler,** Oberarzt, Prov.- Anstalt O w i n s k (Posen).
Dr. **Fel. Winkler,** Oberarzt, Landesanstalt S o n n e n s t e i n b. Pirna (Kgr. Sachsen).
Dr. **Witte,** Oberarzt, Prov.-Anstalt G r a f e n b e r g b. Düsseldorf.
Dr. **Wörnlein,** Oberarzt, Prov.-Anstalt S o r a u N.-L.
Dr. **Otto Wolff,** Privatanstalt K a t z e n e l n b o g e n (Nassau).
Dr. **Henry Wolfskehl,** Ass.-Arzt, Landesantalt W e i n s b e r g.
Geh. Med.-R. Prof. Dr. **Wollenberg,** S t r a ß b u r g i. E., Psychiatr. Klinik.
Dr. **O. Woltaer,** Dir. d. Nervenheilanstalt Kleischer Wald b. A u ß i g (Böhmen).
Med.-R. Dr. **Würschmidt,** E r l a n g e n.
Hofrat Dr. **Würzburger,** Privatanstalt Herzoghöhe b. B a y r e u t h.
Dr. **Theodor Zahn,** Nervenarzt, S t u t t g a r t, Schloßstr. 40.
Geh. San.-R. Dr. **Zander,** Dir. d. Prov.-Anstalt R y b n i k, O.-Schl.
Dr. **Ed. Zenker,** F r e i e n w a l d e a. O.
Geh. Med.-R. Prof. Dr. **Ziehen,** B e r l i n W., Charité, Psychiatr. Klinik.
San.-R. Dr. **Ziem,** D a n z i g, Langgasse 43.
Dr. **Ziertmann,** Oberarzt, Prov.-Anstalt B u n z l a u (Schlesien).
Dr. **R. Zimmermann,** Abt. - Arzt, H a m b u r g - L a n g e n h o r n , Staatsanstalt.
San.-R. Dr. **Karl Zinn,** Dir. d. Prov.-Anstalt E b e r s w a l d e.

Die Mitglieder werden freundlichst gebeten, Änderungen ihrer Stellung, ihres Titels oder Aufenthaltortes regelmäßig dem Schriftführer mitzuteilen.



ALLGEMEINE ZEITSCHRIFT

FÜR

PSYCHIATRIE

UND

PSYCHISCH-GERICHTLICHE MEDIZIN

HERAUSGEGEBEN VON

DEUTSCHLANDS IRRENÄRZTEN

UNTER DER MITREDAKTION VON

BONHOEFFER	CRAMER	v. GRASHEY	KREUSER	PELMAN	SCHÜLE
BRESLAU	GÖTTINGEN	MÜNCHEN	WINNENTAL	BONN	ILLENAU

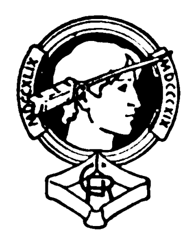
DURCH

HANS LAEHR

SCHWEIZERHOF

ACHTUNDSECHZIGSTER BAND

LITERATURHEFT



BERLIN

W. 35. GENTHINERSTRASSE 38

DRUCK UND VERLAG VON GEORG REIMER

1911



BERICHT

ÜBER DIE

PSYCHIATRISCHE LITERATUR

IM JAHRE 1910

REDIGIERT

VON

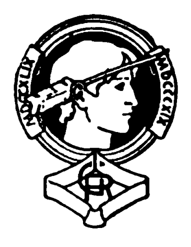
OTTO SNELL

LÜNEBURG

LITERATURHEFT

ZUM 68. BANDE

DER ALLGEMEINEN ZEITSCHRIFT FÜR PSYCHIATRIE



BERLIN

W. 35. GENTHINERSTRASSE 38

DRUCK UND VERLAG VON GEORG REIMER

1911

1. Psychologie und Psychophysik.

Referent: Max Isserlin-München.

1. *Ach*, *N.*, Über den Willen. Vortrag auf d. 82. Versammlung deutscher Naturforscher und Ärzte, in erweiterter Form dargestellt. Unters. z. Psychol. u. Philos. Bd. 1, Heft 1 S. 24. Leipzig, Quelle u. Meyer, 1910. (S. 19*.)
2. *Ach*, *N.*, Über den Willensakt und das Temperament, eine experimentelle Untersuchung. Leipzig 1910. Quelle u. Meyer. (324 S.) Preis 6,50 M. (S. 19*.)
3. *Acker*, *E. A.*, Spontaneous Constructions and Primitive Activities of Children. Analogous to those of Primitive Man. Americ. Journ. of Psychol. Bd. XXI, Nr. 1, S. 114—151.
4. *Adler*, *A.*, Über das materielle Substrat der psychischen Vorgänge. Psychiatr.-neurol. Wschr. 8. Jan. 1910, 11. Jahrg. Nr. 42, S. 369.
5. *Ameline*, *M.*, Sur l'origine des illusions tactiles. „Vexierfehler". L'encéphale p. 140.
6. *Babak*, *Edward*, Über das Lebensgeschehen in den belichteten und verdunkelten Netzhäuten. Ztschr. f. Sinnesphysiol. Bd. 44, H. 4, S. 293—314.
7. *Balabau*, *A.*, Über den Unterschied des logischen und des mechanischen Gedächtnisses. Ztschr. f. Psychol. Bd. 56, H. 5, S. 356 bis 377.
8. *Barany*, Apparat zur Messung der Rollbewegungen des Auges. Ztschr. f. Sinnesphysiol. Bd. 45, I., S. 59—63.
9. *Becher*, *Erich*, Über umkehrbare Zeichnungen. Archiv f. d. ges. Psychol. Bd. 16, H. 3 u. 4, S. 397—418.
10. *Bechterew*, La suggestion et son rôle dans la vie sociale. Paris, Alex. Coccoz, 1910. 276 S.




11. *Beer*, *Max*, Die Abhängigkeit der Lesezeit von psychologischen und sprachlichen Faktoren. Ztschr. f. Psychol. Bd. 56, H. 4, S. 264—298.

12. *Benussi*, *Vittorio*, Über die Grundlagen des Gewichtseindruckes. Arch. f. d. ges. Psychol. Bd. 17, H. 1 u. 2, S. 1—185. (S. 18*).

13. *Berger*, *Hans*, Über die körperlichen Äußerungen psychischer Zustände. Ztschr. f. Psychol. Bd. 56, H. 4, S. 299—304.

14. *Berger*, *Emil*, Über die Fusion von Netzhautbildern, welche beim Sehen durch ein Stereoskop auf nicht korrespondierende Netzhautstellen fallen. Ztschr. f. Sinnesphysiol. Bd. 44, H. 5, S. 315—323.

15. *Berlage*, *Franz*, Der Einfluß von Artikulation und Gehör beim Nachsingen von Stimmklängen. Psychol. Studien Bd. 6, H. 1 u. 2, S. 39—141.

16. *Bethge*, *W.*, Der Einfluß geistiger Arbeit auf den Körper, unter besonderer Berücksichtigung der Ermüdungserscheinungen. Halle, Marhold. 51 S. 1,20 M. (S. 19*.)

17. *Bleuler*, *E.*, und *Freud*, *S.*, *Jung*, *C. G.*, Jahrbuch f. psychoanalyt. u. psychopathol. Forsch. 2. Bd. 388 S. 16 M. Leipzig u. Wien 1910. Franz Deuticke.

18. *Busch*, *Alfr.*, und *Plaut*, *Felix*, Über die Einwirkung verlängerter warmer Bäder auf einige körperliche und geistige Funktionen. Psychol. Arbeiten herausgegeb. v. Kraepelin, Bd. 5, H. 4, S. 505—527.

19. *Betz*, *W.*, Vorstellung und Einstellung. I. Über Wiedererkennen. Arch. f. d. ges. Psychol. Bd. 17, H. 1/2. S. 266—296.

20. *Boas*, *Franz*, Psychological Problems in Anthropology. Americ. Journ. of Psychol. Bd. XXI, Nr. 3, S. 371—384.

21. *De Boer*, *T. J.*, Über umkehrbare Zeichnungen. (Mit 15 Figuren im Text.) Arch. f. d. ges. Psychol. Bd. 18, H. 2, S. 179 bis 192.

22. *Calinich*, *Margarethe*, Versuch einer Analyse des Stimmungswertes der Farbenerlebnisse. Arch. f. d. ges. Psychol. Bd. 19, H. 1 u. 2. S. 242—311.

23. *Claparède*, *Ed.*, L'unification et la fixation de la terminologie psychologique. Arch. de Psychol. (Suisse) 1909/10, T. IX, Nr. 33—34.



24. *Chabert*, *M. J.*, La dissociation d'une personalité. Étude biographique de psychologie anormale. Arch. d'anthropologie crimin. 25.

25. *Coriat*, *J. H.*, The psychoanalysis of a case of sensory automatism. The journ. of abnormal Psychol. 5.

26. *Coriat*, *J.*, New psychology in medicine. New York. Moffat.

26a. *Conrad*, *Theodor*, Sprachphilosophische Untersuchungen. I. Teil. Arch. f. d. ges. Psychol. Bd. 19, H. 3 u. 4, S. 395—475.

27. *Cook*, *Helen Dodd*, Die taktile Schätzung von ausgefüllten und leeren Strecken. Arch. f. d. ges. Psychol. Bd. 16, H. 3 u. 4.

28. *Dexler*, *H.*, Psychologische Betrachtungen über die Stätigkeit der Pferde. (Siehe auch naturwissensch. Zeitschrift „Lotos" Bd. 58, H. 2.)

29. *Dittler*, *Rudolf*, und *Richter*, *Johannes*, Über die von der Farbenempfindlichkeit unabhängige Änderung der Weißempfindlichkeit. Ztschr. f. Sinnesphysiologie Bd. 45, H. 1.

30. *Dromard*, *G.*, L'interprétation délirante. Essai de psychologie. Journ. de psychol. norm. et pathol. 1910, Nr. 4, S. 332.

31. *Dubois*, *Paul*, Vernunft und Gefühl. Bern, A. Francke. 64 S. 1 M.

32. *Mc Dougall*, *W.*, Instinct and intelligence. The Brit. Journ. of Psychol. III, part. 3, p. 250.

33. *Ernst*, *Christian*, Tierpsychologische Beobachtungen und Experimente (mit 7 Fig. im Text). Arch. f. d. ges. Psychol. Bd. 17, H. 2, S. 153—178.

34. *Ertl*, *Hans*, Vollständiger Lehrkurs des Hypnotismus in allen seinen Phasen und verwandten Erscheinungen. Leipzig. M. Spohr. 247 S. 3 M.

35. *Eulenburg*, *A.* (Berlin), Über medizinische Psychologie und Psychotherapie (Sammelreferat). Med. Klinik 1910, Nr. 38, S. 1507.

36. *Eymieu*, *A.*, L'hypnotisme. Esquisse d'une théorie nouvelle. Louvain. Centerick.

37. *Ferenczi*, *S.*, Die psychologische Analyse der Träume. Sonderabdruck der Psychiatr.-Neurol. Wschr. 12. Jahrg. Nr. 11—13.

38. *Ferenczi*, *S.*, Introjektion und Übertragung. Sonderabdruck d[illegible] Jahrb. f. psychoanal. u. psychopath. Forsch. Bd. 1[illegible] u. Wien. Franz Deuticke.





39. *Ferenczi*, *S.*, The Psychological Analysis of Dreams. Americ. Journ. of Psychol. Bd. XXI, Nr. 2, S. 309—328.

40. *Frank*, *L.* (Zürich), Die Psychanalyse. München. E. Reinhardt. 42 S. 1 M.

41. *Franz*, *Sheperd Ivory*, Washington, Some considerations of association word experiment. Government hospital for the insane. Washington, D. C., Bulletin Nr. 2, p. 73.

42. *Freud*, *Siegm.*, Zur Psychopathologie des Alltagslebens. 3. Aufl. Berlin. S. Karger. 149 S. 4 M.

43. *Freud*, *Siegm.*, Über Psychoanalyse. Fünf Vorlesungen, gehalten zur 20 jährigen Gründungsfeier der Clark University in Worcester, Mass. Leipzig u. Wien. Fr. Deuticke. 62 S. 1 M.

44. *Freud*, *S.*, The Origin and Development of Psychanalysis. Americ. Journ. of Psychol. Bd. XXI, Nr. 2, 181—218.

45. *Gaupp*, *R.*, Psychologie des Kindes. 2. verb. Auflage. Leipzig. Teubner, 1910. 163 S. 1,25 M. (S. 16*.)

46. *Gelb*, *Adhémar*, Theoretisches über Gestaltqualitäten. Ztschr. f. Psychol. Bd. 58, H. 1 u. 2, S. 1—59.

47. *Geissler*, *L. R.*, The Measurability of Attention by Professor *Wirth's* Method. Americ. Journ. of Psychol. Bd. XXI, H. 1, S. 151 bis 157.

48. *Geissler*, *L. R.*, Professor *Wirth* on the Experimental Analysis of Consciousness. Americ. Journ. of Psychol. Bd. XXI, H. 3. S. 489 bis 500.

49. *Geyser*, *Josef*, Einige Bemerkungen zu dem Aufsatz von *Georg Moskiewicz* „Zur Psychologie des Denkens". Arch. f. d. ges. Psychol. Bd. 19, H. 3 u. 4. S. 545—554. (S. 23*.)

50. *Goett*, *Th.*, Assoziationsversuche an Kindern. Ztschr. f. Kinderhk. Bd. 1, S. 241—314 u. 315—345.

51. *Goldschmidt*, *Richard Hellmuth*, Quantitative Untersuchungen über positive Nachbilder. Wundts Psychologische Studien Bd. 6, H. 3 u. 4, S. 159—252.

52. *Gregor*, *Adalb.* (Leipzig), Leitfaden der experimentellen Psychopathologie. Vorlesungen, gehalten an der Universität Leipzig. Berlin. S. Karger. 222 S. 6,80 M. (S. 16*.)

53. *Grim*, *Klara*, Über die Genauigkeit der Wahrnehmung und Ausführung von Augenbewegungen. Ztschr. f. Sinnesphysiol. Bd. 45, I, S. 9—27.



54. *Groos*, *Karl*, Untersuchungen über den Aufbau der Systeme. III. Zur Psychologie der Entgegensetzung. Ztschr. f. Psychol. Bd. 55, H. 3, S. 177—210.

55. *Haberlandt*, *Ludwig*, Studien zur optischen Orientierung im Raume und zur Präzision der Erinnerung an Elemente derselben. Ztschr. f. Sinnesphysiol. Bd. 44, H. 4, S. 231—254.

56. *Hart*, *Bernard* (Epsom), The conception of the subconscious.

57. *Heide*, *Georg Kurt*, Versuch an der Komplikationsuhr mit mehreren Zeigern. Psychol. Studien v. Wundt Bd. 6, H. 5 u. 6, S. 317 bis 384.

58. *Hennig*, *R.*, Zur Psychologie der Deutelsucht. S.-A. der Ztschr. f. Psychother. u. med. Psychol. Stuttgart, Ferdinand Enke, 1910.

59. *Hennig*, *R.*, Bemerkungen zu einem Fall von abnormem Gedächtnis. Ztschr. f. Psychol. Bd. 55, H. 4, S. 332—342.

60. *Hermann* (Merzig), Zur Frage der Prüfung des Besitzstandes an moralischen Begriffen und Gefühlen. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 3, H. 3, S. 281.

61. *Hildebrandt*, *H.*, Über die Beeinflussung der Willenskraft durch den Alkohol. Unters. z. Psychol. u. Philos. herausg. von *N. Ach.* H. 2. 91 S. Leipzig, Quelle u. Meyer, 1910. (S. 21*.)

62. *Hirt*, *Eduard* (München), Psychologisches in der Psychiatrischen Literatur der letzten Jahre. (Literaturbericht.) S.-A. des Arch. f. d. ges. Psychol. Bd. 17, 1910.

63. *Hitschmann*, *Eduard* (Wien), Freuds Neurosenlehre. Nach ihrem gegenwärtigen Stande zusammenfassend dargestellt. Wien, Fr. Deuticke. 156 S. 4 M.

64. *Hitschmann*, *Eduard*, Zur Kritik des Hellsehens. Wien. klin. Rundsch. Nr. 6, S. 94.

65. *Hoche*, *A.* (Freiburg), Eine psychische Epidemie unter Ärzten. Med. Klinik 1910, Nr. 26, S. 1007.

66. *Hollander*, *B.*, Hypnotism and suggestion in daily life, education and medical practice. London 1910. Isaac Pitman and sons, Ltd. 295 S. 6 s.

67. *Hollerung*, *Edw.*, Erfahren und Erleben. Leuschner & [illegible] Graz 1910. 0,70 M.

68. *Hutler*, *A.*, Über das Problem einer psychologischen und pädagogischen Theorie der intellektuellen Begabung. Arch. f. d. ges. Psychol. Bd. 18, H. 2, S. 193—233.

69. *Jennings*, *H. S.*, Diverse Ideals and Divergent Conclusions in the Study of Behaviour in Lower Organisms. Americ. Journ. of Psychol. Bd. XXI, Nr. 3, S. 349—370.

70. *Jones*, *Ernest*, The Oedipus-Complex as an Explanation of Hamlet's Mystery: A Study in Motive. Americ. Journ. of Psychol. Bd. XXI, Nr. 1, S. 72—114.

71. *Jones*, *Ernest*, Freud's Theory of Dreams. Americ. Journ. of Psychol. Bd. XXI, Nr. 2, S. 283—308.

72. *Jones*, *Ernest*, The Psycho-Analytic Method of Treatment. S.-A. des Journal of Nervous and Mental Disease. Vol. 37, No. 5. May 1910.

73. *Jones*, *E.*, Bericht über die neuere englische und amerikanische Literatur zur klinischen Psychologie und Psychopathologie. Jahrb. f. psycho-analytische und psychopathologische Forschung Bd. 2, S. 316.

74. *Isserlin*, *Max*, Über den Ablauf einfacher willkürlicher Bewegungen. Mit 53 Fig. im Text, 1 Tabelle und 8 Tafeln. Psychol. Arbeiten, herausg. von E. Kraepelin, Bd. 6, H. 1. S. 1—195. 1910. (S. 19*.)

75. *Isserlin*, *Max*, Die psycho-analytische Methode Freuds. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. H. 1, S. 52. (S. 24*.)

76. *Juliusburger*, *O.* (Steglitz), Zur Psychologie der Organgefühle und Fremdheitsgefühle. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. H. 2, S. 230.

77. *Jung*, *C. G.*, The Association Method. Americ. Journ. of Psychol. Bd. XXI, Nr. 2, S. 219—269.

78. *Kafka*, *Gustav*, Versuch einer kritischen Darstellung der neueren Anschauungen über das Ichproblem. Arch. f. d. ges. Psychol. Bd. 19, H. 1 u. 2, S. 1—242.

79. *Karpinska*, *L. v.*, Experimentelle Beiträge zur Analyse der Tiefenwahrnehmung. Ztschr. f. Psychol. Bd. 57, H. 1 u. 2. S. 1—89.

80. *Kern*, *Berthold*, Das Erkenntnisproblem und seine kritische Lösung. Berlin, Aug. Hirschwald, 1910. 190 S.



81. *Kerstiens*, *Bernard*, Untersuchungen zur Seelenlehre des Descartes. Arch. f. d. ges. Psychol. Bd. 16, H. 3 u. 4, S. 237—279.

82. *Kent*, *G. H.* and *Rosanoff*, *A. J.*, A study of association in insanity. The americ. journ. of insan. 1910, Vol. 67, Nr. 1, S. 37.

83. *Kiesow*, *F.*, Beobachtungen über die Reaktionszeiten momentaner Schalleindrücke. Arch. f. d. ges. Psychol. Bd. 16, H. 3 u. 4, S. 352—376. (S. 16*.)

84. *Kiesow*, *F.*, und *Ponzo*, *M.*, Beobachtungen über die Reaktionszeiten der Temperaturempfindungen. Arch. f. d. ges. Psychol. Bd. 16, H. 3 u. 4, S. 376—397. (S. 17*.)

85. *Kiesow*, *F.*, Beobachtungen über die Reaktionszeiten der schmerzhaften Stichempfindung, nebst einigen Vorbemerkungen über die Entwicklung unserer Kenntnis von den Schmerzempfindungen seit J. Müller und E. H. Weber. (Mit 2 Figuren im Text.) Arch. f. d. ges. Psychol. Bd. 18, H. 3. u. 4, S. 265 bis 305.

86. *Klages*, *L.*, Die Probleme der Graphologie. Entwurf einer Psychodiagnostik. 12, 260 S. Mit 178 Figuren und 5 Tabellen. Leipzig (Barth). 7 M.

87. *Klages*, *L.*, Prinzipien der Charakterologie, mit 3 Tabellen. Leipzig (Barth). 93 S. 2,50 M.

88. *Knors*, *Clemens*, Experimentelle Untersuchungen über den Lernprozeß. Arch. f. d. ges. Psychol. Bd. 17, H. 3 u. 4, S. 297—362.

89. *Köhler*, *W.*, Über akustische Prinzipalqualitäten. Ber. üb. d. IV. Kongr. f. experiment. Psychol. zu Innsbruck. Leipzig 1910. S. 229. (S. 17*.)

90. *Köhler*, *W.*, Akustische Untersuchungen II. Ztschr. f. Psychol. Bd. 58, H. 1 u. 2, S. 59. (S. 17*.)

91. *Köllner*, Zur Entstehung der erworbenen Rotgrünblindheit. Ztschr. f. Sinnesphysiol. Bd. 44, H. 4, S. 269—293.

92. *Krueger*, *Felix*, Die Theorie der Konsonanz. Eine psychologische Auseinandersetzung, vornehmlich mit C. Stumpf und Th. Lipps. (Vierte und letzte Mitteilung.) Mit 1 Figur im Text. Wundts Psychol. Studien Bd. 5, H. 5 u. 6, S. 294—4[illegible]

93. *Külpe*, *Oswald*, Pour la psychologie du sentiment. Jour[illegible] psychol. normale et pathol. 7. an., No. 1, p. 1.





94. *Kure*, *S.*, Masselons Methode: Satzbildung aus mehreren gegebenen Worten. Neurologia (Japanisches Zentralbl. f. Neurol. Psych. usw.) Bd. 9, H. 3, S. 117. (Japanisch.)

95. *Landmann-Kalischer*, *Edith*, Philosophie der Werte. Arch. f. d. ges. Psychol. Bd. 18, H. 1, S. 1—94.

96. *Lange*, *C.* (Kopenhagen), Die Gemütsbewegungen, ihr Wesen und ihr Einfluß auf körperliche, besonders auf krankhafte Lebenserscheinungen. (Eine medizin-psychol. Studie. 2. Auflage.) Würzburg, Kurt Kabitzsch, 1910. 95 S. 1,80 M.

97. *Lasareff*, *P.*, Über den Einfluß der Phasen auf die Klangfarbe. Ztschr. f. Sinnesphysiol. Bd. 45, H. 1, S. 57—59.

98. *Lanmonier*, *J.*, La colère et son traitément. Bulletin général de thérapeutique vom 8. September p. 321.

99. *Leach*, *Hazel M.*, and *Washburne*, *M.*, Some Texts by the Assoziation Reaction Method of Mental Diagnosis. Americ. Journ. of Psychol. Bd. XX, H. 1, S. 162—168.

100. *Leprain*, Les Folies à éclipse. (Collection de Psychologie expérimentale et de Metaphysic.) Paris, Blond & Cic, 1910. 120 S. 1,50 fr.

101. *Levy-Suhl*, *Max*, Über Einstellungsvorgänge in normalen und anormalen Seelenzuständen. Ztschr. f. Psychother. u. med. Psychol. Bd. 2, H. 3. Stuttgart, Ferd. Enke, 1910.

102. *Liebermann*, *Paul v.*, Beitrag zur Lehre von der binokularen Tiefenlokalisation. Ztschr. f. Sinnesphysiol. Bd. 44, H. 6, S. 428—443.

103. *Liesegang*, *Raphael Ed.*, Schwarz als Empfindung. Ztschr. f. Sinnesphysiol. Bd. 45, H. 1, S. 69—70.

104. *Lipp*, *Otto*, Über die Unterschiedsempfindlichkeit im Sehfelde unter dem Einflusse der Aufmerksamkeit. Arch. f. d. ges. Psychol. Bd. 19, H. 3 u. 4, S. 313.

105. *Loewenfeld*, *L.* (München), Über die hypermnestischen Leistungen in der Hypnose in bezug auf Kindheitserinnerungen. Ztschr. f. Psychother. u. med. Psychol. Bd. 2, H. 1.

106. *Loewenfeld*, *L.*, Zum gegenwärtigen Stande der Psychotherapie. Münch. med. Wschr. 1910, Nr. 3, S. 120; Nr. 4.

107. *Maag*, *P.*, Psychoanalyse nach Freud. Schweiz. Korr.-Bl. Nr. 18. 1910.

108. *Marbe, Karl*, Über das Gedankenlesen und die Gleichförmigkeit des psychischen Geschehens. S.-A. d. Ztschr. f. Psychol. Bd. 56, H. 4, S. 241—263.

109. *Marie, A.*, Essai d'anthropologie-psychiatrique. Aus „Traité international de psychologie pathologique". Bd. I. Paris 1910, F. Alcan.

110. *Marie, A.*, Traité international de psychologie pathologique. Tome prem.: Psychopathologie générale. Paris, F. Alcan. 1028 S. 25 fr.

111. *Martin, Lillien J.*, Zur Lehre von den Bewegungsvorstellungen. Ztschr. f. Psychol. Bd. 56, H. 6, S. 401—447.

112. *Marty, Anton*, Über Begriff und Methode der allgemeinen Grammatik und Sprachphilosophie. Ztschr. f. Psychol. Bd. 55, H. 4, S. 257—300.

113. *Masselon* siehe *Meunier*.

114. *Maxwell* (Paris), Neuland der Seele. 339 S. 5 M. Stuttgart 1910, Verlag Hoffmann.

115. *Mazurkiewicz*, Assoziationsstörungen während der Ideenflucht. Przegl. lekarski 1910, Nr. 8—9.

116. *Meggendorfer, Friedrich*, Untersuchung der Schreibstörung bei Paralytikern, mit 18 Figuren im Text und 4 Tafeln. Psycholog. Arbeiten, herausg. von E. Kraepelin, Bd. 5, H. 4, S. 427 bis 504, 1910.

117. *Meunier, P.*, et *Masselon, R.*, Les rêves et leur interprétation. Essai de psychologie morbide. Collection de psychologie expérimentale et de métapsychie Bd. 15—16. Paris, Librairie Blond et Cie. 211 S. 3 fr.

117a. *Meunier* siehe *Vaschide*.

118. *Meyer, Ernst*, Über die Gesetze der simultanen Assoziation und das Wiedererkennen. Unters. z. Psychol. u. Philos., herausg. von N. Ach. Leipzig 1910. 92 S.

119. *Meyer, Adolf*, The Dynamic Interpretation of Dementia praecox. Americ. Journ. of Psychol. Bd. XXI, Nr. 3, S. 385—403.

120. *Meyerhof, Otto*, Beiträge zur psychologischen Theorie der Geistesstörungen. 244 S. 6,40 M. Göttingen 1910, Vandenhoeck und Ruprecht.



121. *Meyerhof*, *Otto*, Beiträge zur psychologischen Theorie der Geistesstörungen. III. Teil: Die Psychologie des Wahns. Inaug.-Diss. Heidelberg 1910.

122. *Mignard*, *M.*, La joie passive; étude de psychologie pathologique. Paris, Fél. Alcan. 4 fr.

123. *Morgan*, *C. L.*, Instinct and intelligence. The British Journal of Psychology III, part. 3, p. 219.

124. *Moskiewicz*, *Georg*, Zur Psychologie des Denkens. (Erste Abhandlung.) Arch. f. d. ges. Psychol. Bd. 18, H. 3 u. 4, S. 315 bis 400. (S. 22*.)

125. *Müller*, *Aloys*, Über die scheinbare Aufhellung des Fernrohrgesichtsfeldes in der Dämmerung. Ztschr. f. Sinnesphysiol. Bd. 44, H. 5.

126. *Müller-Freienfels*, *Richard*, Zur Psychologie der Erregungs- und Rauschzustände. Ztschr. f. Psychol. Bd. 57, H. 3, S. 161.

127. *Müller-Freienfels* (Paris), Affekte und Triebe im künstlerischen Genießen. Arch. f. d. ges. Psychol. Bd. 18, H. 2, S. 249—264.

128. *Münzer*, *Arthur* (Hamburg), Der Zahlensinn. Berl. klin. Wschr. 1910, Nr. 15.

129. *Muszyński*, *Franz* (Eupen), Der Charakter. Seine Bewurzelung in der menschlichen Natur sowie seine Ausreifung und Auswirkung im Lichte des christlichen bzw. modernen Idealismus. Paderborn, F. Schöningh. 281 S. 4,60 M.

130. *Myers*, *Ch. S.*, Instinct and intelligence. The British Journal of Psychology III, part. 3, p. 209 u. 267.

131. *Näcke*, *P.* (Hubertusburg), Durch Introspektion gewonnene Einblicke in gewisse geistige Vorgänge. Neurol. Zentralbl. 1910, Nr. 13.

132. *Nathan*, *E. W.* (Darmstadt), Über die sogenannten sinnlosen Reaktionen beim Assoziationsversuch. Klin. f. psych. u. nerv. Krkh., herausg. von R. Sommer, Bd. 5, H. 1. S. 76.

133. *Obersteiner*, *H.* (Wien), Einige Bemerkungen zu der Traumsprache Kraepelins. Ztschr. f. Psychother. u. med. Psychol. herausg. von A. Moll, Bd. 2, H. 5, S. 257.

134. *Oesterreich*, *K.*, *Dr. phil.* (Berlin), Das Selbstbewußtsein und seine Störungen. Ztschr. f. Psychother. u. med. Psychol. Bd. 2, H. 4, S. 193.



135. *Ohms*, *H.*, Untersuchungen unterwertiger Assoziationen mittels des Worterkennungvorganges. Ztschr. f. Psychol. Bd. 56, H. 1 u. 2, S. 1—85.

136. *Ovio*, *Giuseppe*, Über die Projektion. Ztschr. f. Sinnesphysiol. Bd. 45 I, S. 27—37.

137. *Ovio*, *Giuseppe*, Über den Sehwinkel. Ztschr. f. Sinnesphysiol. Bd. 45 I, S. 37—51.

138. *Patini*, *E.*, Coscienza, subcoscienza, incoscienza ed apsichia. Rivista di psicologia applicata, 6. an., No. 1, p. 24.

139. *Peillaube*, *E.*, Les images. Essai sur la mémoire et l'imagination. Paris, Rivière. 514 S. 9 fr.

140. *Perky*, *Cheves West*, An Experimental Study of Imagination. Americ. Journ. of Psychol. Bd. XXI, Nr. 3, S. 422—452.

141. *Peters*, *W.*, Über Ähnlichkeitsassoziation. Ztschr. f. Psychol. Bd. 56, H. 3. (S. 21*.)

142. *Ponzo*, *Mario*, Interno ad alcune illusioni nel campo delle sensazioni tattili, sull illusione di Aristotele e fenomeni analoghi. Arch. f. d. ges. Psychol. Bd. 16, H. 3 u. 4, S. 346—352. (S. 16*.) (Kurze Zusammenfassung des Inhalts der Arbeit von *Kiesow.*)

143. *Ponzo*, *Mario*, siehe *Kiesow*.

144. *Porter*, *James*, *P.*, Intelligence and Imitation in Birds a Criterion of Imitation. Amer. Journ. of Psychol. Vol. XXI, Nr. 1, S. 1—72.

145. *Posclopa*, *Nicolai*, Die sukzessive und simultane Raumschwelle im individuellen Leben. Wundts Psychol. Studien Bd. 6, H. 5 u. 6, S. 384—430.

146. *Poyer*, *G.*, Les origines de la psycho-physiologie: Cabanis. Journ. de Psychol. normale etpathol. 1910, Nr. 2, S. 115 bis 133.

147. *Prandtl*, *A.*, Die Einfühlung. 121 S. 2,40 M. Leipzig 1910, J. A. Barth.

148. *Prince*, *M.*, *Gerrish*, *F.*, *Putnam*, *J.*, Psychotherapeutics. Boston, R. G. Badger. 204 S. 1,50 Dollar.

149. *Ranschburg*, *P.* (Budapest), Über Art und Wert klinisch- dächtnismessungen bei nervösen und psychische



heiten. Klin. f. psych. u. nerv. Krkh. (Sommer) 1910, Bd. 5, H. 2, S. 89.

150. *Ranschburg*, Die Ergebnisse der experimentellen Psychopathologie des Gedächtnisses. Bericht über den IV. Kongreß f. experim. Psychol. Leipzig, Barth, 1910.

151. *Rau*, *Albrecht*, Das Wesen des menschlichen Verstandes und Bewußtseins. München 1910, Ernst Reinhardt. 4,50 M.

152. *Rémond*, *A.*, et *Voivend*, *P.* (Toulouse), Introduction à la psychologie pathologique. Revue des idées, 15. Juillet 1910.

153. *Richter*, *Johann*, siehe *Dittler*.

154. *Ries*, *Georg*, Beiträge zur Methodik der Intelligenzprüfung. Ztschr. f. Psychol. Bd. 56, H. 5, S. 321—343.

155. *Salmon*, *Alb.*, Le sommeil pathologique. L'hypersomnie. Revue de médecine, ann. 30, No. 9, p. 765. Revue de psych. 9. XXXIV.

156. *Salmon*, *Albert*, La Fonction du Sommeil Vigot Frères. Paris 1910. 235 S. 4 Frcs.

157. *Sander*, *Paul*, Das Ansteigen der Schallerregung bei Tönen verschiedener Höhe. Wundts Psychol. Studien Bd. 6, H. 1 u. 2, S. 1—39.

158. *Schauer*, *Otto*, Über das Wesen der Komik. Arch. f. d. ges. Psychol. Bd. 18, H. 3 u. 4, S. 411—427.

159. *Schlesinger*, *Abraham*, Der Begriff des Ideals III. Empirisch-psychologische Untersuchung des Idealerlebnisses. I. Lieferung. Arch. f. d. ges. Psychol. Bd. 17, H. 1 u. 2, S. 186 bis 266.

160. *Schmier-Kowarzik*, *Walter*, Raumanschauung und Zeitanschauung. Arch. f. d. ges. Psychol. Bd. 18, H. 1, S. 94—151.

161. *Schneider*, *Camillo*, Wiener Psychologie. S.-A. d. Wien. klin. Rundsch. Nr. 30—34, 1910.

162. *Schwiete*, *F.*, Über die psychische Repräsentation der Begriffe. Arch. f. d. ges. Psychol. Bd. 19, H. 3 u. 4, S. 475—545.

163. *Sellheim*, *Hugo* (Tübingen), Einiges über die Verwertung von Psychologie in der Frauenheilkunde. Med. Klinik Nr. 50. S. 1965.

164. *Selz*, *O.*, Die experimentelle Untersuchung des Willensaktes. Ztschr. f. Psychol. Bd. 57, S. 241—270. (S. 21*.)



165. *Sommer*, *R.* (Gießen), Die Beziehungen zwischen Psychologie, Psychopathologie und Kriminalpsychologie vom Standpunkt der Vererbungslehre. Bibl. f. soz. Med., herausgeg. von *Lenhoff*, Berlin 1910. 30 S. 0,80 M.

166. *Sterneck*, *R. v.*, Über wahre und scheinbare monokulare Sehrichtungen. Ztschr. f. Psychol. Bd. 55, H. 4, S. 330—331,

167. *Sternberg*, *Wilhelm*, Physiologische Psychologie des Appetits. Ztschr. f. Sinnesphysiol. Bd. 44, H. 4, S. 254—269.

168. *Sternberg*, *Wilhelm*, Kitzel und Juckempfindung. Ztschr. f. Sinnesphysiol. Bd. 45, H. 1, S. 51—57.

169. *Sternberg*, *Wilhelm*, Geschmack u. Sprache. Ztschr. f. Psychol. Bd. 56, H. 1 u. 2, S. 104—116.

170. *Stilling*, *J.*, Über Entstehung u. Wesen der Anomalien des Farbensinnes. Ztschr. f. Sinnesphysiol. Bd. 44, H. 6, S. 371—428.

171. *Stout*, *G. F.*, Instinct and intelligence. The Brit. journ. of Psychol. III, part 3, p. 237. Rev. de psych. 11. XLII.

172. *Stumpf*, *C.*, Beobachtungen über Kombinationstöne. Ztschr. f. Psychol. Bd. 55, H. 1 u. 2, S. 1—142.

173. *Taylor*, *Anna H*, and *Washburn*, *M. F.*, The Sources of Affective Reaction to Fallacies. (Minor Studies from the Psychological Laboratory of Vassar College.) Americ. Journ. of Psychol. Bd. XXI, Nr. 1, S. 157—161.

174. *Thierfelder*, *A.*, Eine Sinnestäuschung. Arch. f. d. ges. Psychol. Bd. 19, H. 3 u. 4, S. 554—555.

175. *Thorndike*, *Edward L.*, Practice in the Case of Addition. Americ. Journ. of Psychol. Bd. XXI, Nr. 3, S. 483—486.

176. *Thorndike*, *Edward L.*, The Relation between Memory for Words and Memory for Numbers, and the Relation between Memory over Short and over long Intervals. Americ. Journ. of Psychol. Bd. XXI, Nr. 3, S. 487—488.

177. *Titchener*, *E. B.*, The Past Decade in Experimental Psychology. Americ. Journ. of Psychol. Bd. XXI, Nr. 3, S. 404—421.

178. *Titchener*, *E. B.*, Lehrbuch der Psychologie; übersetzt von *O. Klemm*. Erster Teil, mit 44 Figuren. Leipzig, Barth, 1910. 315 S. 6 M. (S. 16*.)

179. *Tomor*, *Ernst*, Die Rolle der Muskeln beim Denken. Arch ges. Psychol. Bd. 17, H. 3 u. 4, S. 362—367.





180. *Toulouse*, Henri Poincaré. Paris, Ernest Flammarion, 1910. 3,50 Fr.

181. *Toulouse*, Comment se conduire dans la vie. Paris, Hachette. 1910. 3,50 Fr.

182. *Treves, Z.*, Beobachtungen über den Muskelsinn bei Blinden. Arch. f. d. ges. Psychol. Bd. 16, H. 3 u. 4, S. 279—307. (S. 16*.)

183. *Trömner*, *Ernst* (Hamburg), Zur Kritik der Schlaftheorien. S.-A. d. med.-krit. Blätter Bd. 1. Lucas Gräfe & Sillenn. Hamburg 1910.

184. *Trömner*, *Ernst*, Zur Biologie und Psychologie des Schlafes. S.-A. Berl. klin Wschr. 1910, Nr. 27.

185. *Tuczek*, *F.*, Psychopathologie und Pädagogik. (Vortrag.) Hessische Schulbuchhandlung, Cassel 1910. 40 S.

186. *Turro*, *K.*, Die physiologische Psychologie des Hungers. Ztschr. f. Sinnesphysiol. Bd. 44, H. 5, S. 330—370.

187. *Urban*, *F. M.*, Ein Beitrag zur Kenntnis der psychometrischen Funktionen im Gebiete der Schallempfindungen. Arch. f. d. ges. Psychol. Bd. 18, H. 3 u. 4, S. 400—410.

188. *Urban*, *F*, *M.*, Über die Methode der mehrfachen Fälle. Arch. f. d. ges. Psychol. Bd. 17, H. 3 u. 4, S. 367—411.

189. *Vaschide*, *N.*, et *Meunier*, *R.*, La psychologie de l'attention. Collection de psychologie expérimentale et de metapsychie. Paris. Bloud et Cie. 198 S. 3 Frs.

190. *Veronese*, *Fr.* (Triest), Versuch einer Physiologie des Schlafes und des Traumes. (Das Original erschien italienisch in „Rivista Sperimentale di Freniatria“.) Leipzig u. Wien, Franz Deuticke, 1910.

191. *Verworn*, *Max* (Göttingen), Die Mechanik des Geisteslebens. Aus Natur u. Geisteswelt, Samml. wissensch.-gemeinverständlich. Darstellungen, 200 Bändchen, 2. Aufl. Leipzig, Teubner. 114 S. geb. 1,25 M.

192. *Vogt*, *R.*, Einwirkung von Alkohol auf das Erinnerungsvermögen Norsk. Mag. f. Laegevid 1910, Nr. 6. Ref. Deutsche med. Wschr. 1910, Nr. 25, S. 1202.



193. *Voigt*, *Andreas*, Über die Beurteilung von Temperaturen unter dem Einfluß der Adaption. Ztschr. f. Psychol. Bd. 56, H. 5, S. 344—356.

194. *Vold*, Dr. *J. Mourly* (Kristiania), Über den Traum, herausgeg. von *O. Klemm*. Bd. 1, 435 S. 11 M. Leipzig 1910. J. A. Barth. (S. 24*.)

195. *Wagner*, *Th.*, Bibliographie der deutschen und ausländischen Literatur des Jahres 1908 über Psychologie, ihre Hilfswissenschaften und Grenzgebiete. Ztschr. f. Psychol. Bd. 55, H. 5 u. 6, S. 353—573.

196. *Wagner*, *Th.*, Bibliographie der deutschen und ausländischen Literatur des Jahres 1909 über Psychologie, ihre Hilfswissenschaften und Grenzgebiete; Namenverzeichnis und Namenregister. Ztschr. f. Psychol. Bd. 57, H. 5 u. 6.

197. *Wartensleben*, *Gabriele Gräfin v.*, Beiträge zur Psychologie des Übersetzens. Ztschr. f. Psychol. Bd. 57, H. 1 u. 2, S. 89 bis 115.

198. *Washburn* siehe *Taylor* und *Leach*.

199. *Weber*, *Ernst*, Über die körperlichen Äußerungen psychischer Zustände. (Entgegnung zu H. Bergers gleichem Artikel.) Ztschr. f. Psychol. Bd. 56, H. 4, S. 305—308.

200. *Weber*, *E.*, Der Einfluß psychischer Vorgänge auf den Körper, insbesondere auf die Blutverteilung. Mit 120 Textfiguren. Berlin, Springer, 1910. 426 S. Preis 14 M.

201. *Weiler*, *Karl*, Untersuchungen über die Muskelarbeit des Menschen. 1. Teil. Messung der Muskelkraft und Muskelarbeit. Mit 22 Fig. im Text. Psychol. Arbeiten herausgeg. v. E. Kraepelin, Bd. 5, H. 4, S. 527—582.

202. *Wells*, *F. L.*, Contributions to the Literature of Fatigue. Reprinted from the Psychological Bulletin November 1910, vol. VII, p. 378—382.

203. *Wentscher*, *Else*, Der Wille. Leipzig, Teubner, 1910. 189 S. 2,40 M. (S. 16*.)

204. *Winch*, *W. H.*, Color-Names of English School-Children. Americ. Journ. of Psychol. Bd. XXI, Nr. 3, S. 453—482.

205. *Wirth*, *W.*, Kleine Mitteilungen zur Methode der mehrfachen Fälle im Gebiete der Schallempfindungen. W[illegible] Studien Bd. 5, H. 5 u. 6, S. 412—420.

206. *Wirth*, *W.*, Die mathematischen Grundlagen der sogenannten unmittelbaren Behandlung psychophysischer Resultate. Wundts Psychol. Studien Bd. 6, H. 1 u. 2, S. 141—156; H. 3 u. 4, S. 252—315; H. 5 u. 6, S. 430—453.

207. *Witasek*, *Stephan*, In Sachen der Lokalisationsdifferenz. Ztschr. f. Psychol. Bd. 56, H. 1 u. 2, S. 85—104.

208. *Wundt*, *W.*, Das Institut für experimentelle Psychologie zu Leipzig. (Mit 1 Figur im Text.) Wundts Psychol. Studien Bd. 5, H. 5 u. 6, S. 279—294.

209. *Ziegler*, *H. E.* (Stuttgart), Der Begriff des Instinktes einst und jetzt. Jena, G. Fischer. 112 S. 3 M.

Einige empfehlenswerte zusammenfassende Darstellungen liegen vor. Das Lehrbuch *Titcheners* (178), dessen erster Teil in deutscher Übersetzung von *Klemm* erschienen ist, wird sich neben deutschen Werken mit ähnlichen Zielen durch die instruktive Art der Darstellung Freunde erwerben, besonders dort, wo es sich um das Bedürfnis einer ersten Einführung handelt. Auch prinzipielle Fragen sind faßlich und anschaulich behandelt, allerdings nicht immer gerade mit genügender Tiefe. — *Gregors* Leitfaden (52) gibt zum ersten Male eine klare und erschöpfende Übersicht dessen, was die Einführung des Experiments für die Psychopathologie an wertvollen Einsichten und Kenntnissen gebracht hat. *Gaupps* sehr gelungene kleine Kinderpsychologie (45) liegt in zweiter Auflage vor. Vom Willen handelt in umfassender Weise *Else Wentscher* (203).

Treves (182) sucht die Bedeutung der Muskel- und Gelenkempfindungen für die räumliche Orientierung der Blinden hervorzuheben, gegenüber der Betonung der ausschließlichen Wichtigkeit des Tastsinns nach dieser Richtung. Er schlägt dieser Ansicht entsprechend besondere Übung des Muskelsinns der Blinden durch systematische Bewegungen, Bewegungsnachahmungen und -schätzungen vor und berichtet über solche Versuche.

Ponzo (142) berichtet über Untersuchungen über die von Aristoteles beschriebene Berührungstäuschung und ihr nahestehende Erscheinungen. Mit neuen Versuchshilfsmitteln wurden die Täuschungen bei der Lokalisation von Tastempfindungen aus der normalen Lage verschobener Körperteile geprüft, ebenso die Verwechselung der gekreuzten Finger bei solcher Lokalisation, die Umkehrungen der aristotelischen Täuschung und der Einfluß, den eine Lagevorstellung auf die andere ausüben kann. *P.* ist überzeugt, daß die Hauptursache der untersuchten Täuschungen in Einflüssen zu suchen ist, welche von der normalen Lagevorstellung ausgehen.

Kiesow (83) untersucht die Reaktionszeiten bei Schalleindrücken unter extrem sensorieller, extrem muskulärer und indifferenter Einstellung: bei jeder Einstellung wurden stärkste, mittelstarke und schwache Reize angewandt. Zunächst konnte bei verschiedenen Personen unter indifferenter Einstellung ihre Annäherung jeweils an einen bestimmten Typus konstatiert werden (sensoriell, muskulär, gemischt).

Die Versuche mit willkürlicher Beeinflussung der Aufmerksamkeitsrichtung wurden nur an einer Vp. ausgeführt. Sie bestätigen hinsichtlich der Reaktionszeiten wie der mittleren Variation dieser bei den verschiedensten Einstellungen im ganzen früher gemachte Angaben, doch sind die sensoriellen Reaktionszeiten länger als die von *Bergemann* angegebenen (172 σ) . Bei der muskulären Reaktionszeit ließ sich während der Einübung eine sprungweise erfolgende Verkürzung bis auf 101 σ (m. V. 7,4 σ) feststellen. Die Reaktionszeiten der rechten Hand waren bei Rechtsern kürzer, bei Linksern länger als die der linken. Hinsichtlich der Abstufung der Reizstärken wurde durchweg das von *Wundt* aufgestellte Gesetz bestätigt, nach welchem die Reaktionszeiten von der Reizschwelle ab bei zunehmender Intensität des Reizes schnell abnehmen, um bei weiterer Steigerung ganz oder annähernd konstant zu bleiben.

Beobachtungen über die Reaktionszeiten auf Temperaturempfindungen gibt eine Abhandlung von *Kiesow* und *Ponzo* (84) wieder. Mit Hilfe einer neuen Versuchsanordnung haben diese Autoren die Reaktionszeiten auf Kälte- und Wärmereize bestimmt. Bei einer Vp. wurde in 200 Einzelreaktionen die Zeit der „natürlichen" Reaktion, bei zwei Vp. in ebenso langen Reihen die Reaktionszeiten bei sensorieller und muskulärer Reaktion festgestellt. Die gefundenen Werte waren in arithmetischen Mitteln für die natürliche Reaktionszeit auf Kältereiz 193 σ (m. V. 21): auf Wärmereiz 207 σ (m. V. 32). Bei der sensoriellen Reaktion hatte die eine Vp. auf Kälte 231 σ als Reaktionszeit (m. V. 25 σ) und auf Wärme 254 σ (m. V. 28), die andere 226 σ (25 σ) auf Kälte, 259 σ (31 σ) auf Wärme. Bei den muskulären Reaktionen waren die entsprechenden Werte Vp. I auf Kälte 145 σ (m. V. 13): auf Wärme 157 σ (m. V. 16): Vp. II auf Kälte 140 σ (m. V. 10): auf Wärme 143 σ (m. V. 18). Die Reaktionszeiten sind also überall (ebenso wie die mittleren Variationen) bei Wärmereizen größer als bei Kältereizen, was wohl damit zusammenhängt, daß sich die Wärmeempfindung langsamer entwickelt als die Kälteempfindung. Die Zeitunterschiede sind am größten bei der sensoriellen Einstellung. Häufigkeitskurven der Werte zeigen, daß die Reihen der Wärmeempfindung im ganzen unregelmäßiger verlaufen als die der Kälteempfindung.

Überraschende Behauptungen stellt unter Berufung auf eigene neue Versuche *Köhler* (89, 90) auf. Im Anschluß an Vokalkurven, welche vom lebenden menschlichen Trommelfell gewonnen wurden, wird gezeigt, daß gewisse Tonhöhen eine enge Beziehung zu den Vokalen haben müssen, und daran erinnert, daß in der Tat eine Ähnlichkeit zwischen den Tönen von Stimmgabeln jener Höhen und den entsprechenden Vokalen beobachtet werden kann. Bei Versuchen, in denen Töne von Stimmgabeln auf ihre Ähnlichkeit mit Vokalen beurteilt werden sollten, zeigte sich, daß bestimmten Vokalen mit großer Konstanz bestimmte Töne als ähnlich zugeordnet wurden. Dabei lagen diejenigen Tonhöhen, die am häufigsten als reine Vokale beurteilt wurden, vom u bis zum i in Oktaven übereinander. Auch mit der Methode der Minimaländerungen ließ sich feststellen, daß gewisse Tonhöhen eine empfindungsmäßig ausgezeichnete Stellung in der Skala der reinen Töne einnehmen. *K.* meint, daß der von ihm untersuchte Teil der Tonreihe ein Qualitätsgebiet darstelle, das, dem Spektrum überraschend ähnlich, wie dieses ausgezeichnete Punkte

besitzt, zwischen welchen psychische Qualitätenreihen im Sinne *G. E. Müllers* sich erstrecken. Die ausgezeichneten Punkte markieren sich nicht nur für denjenigen, der die beschriebenen Versuche macht, durch die Richtungsänderung, die hier die Gesamtreihe seiner Töne erfährt, sondern auch gewissermaßen objektiv dadurch, daß sie mit ganz geringer mittlerer Variation bestimmt werden können und vor allem dadurch, daß sie im Oktavenverhältnis zueinander stehen. Die diesen Punkten entsprechenden Töne sind zugleich durch ihre Vokalähnlichkeit gekennzeichnet. Für *K.* selbst lagen diese Töne etwa bei 263 Schwingungen (= u), bei 515 (= o), bei 1046 (= a) usw.

Über die Grundlagen des Gewichtseindrucks hat *Benussi* (12) neue Studien veröffentlicht. Seine Untersuchungen unterscheiden sich von früheren dadurch, daß er die Bewegungen bei den Gewichtshebungen graphisch registrierte. Benutzt wurde hierzu ein *Dubois*scher Ergograph: der Zeigefinger der rechten Hand hob das Gewicht, eine Stimmgabel schrieb die Zeit. Als Grundgewicht wurde ein leichtes von 200 g und ein schweres von 800 g gewählt. Als Vergleichsgewichte dienten solche von 170—230 g in Abständen von 10 g, und von 680—920 g, in Abständen von 40 g. Die Untersuchungen wurden durch Registrierung von Puls und Atmung weiter gesichert. Es wurden Versuche mit vorschriftsfreier Hebung angestellt und solche mit bestimmten Hubvorschriften. Bei diesen waren entweder die Höhen der zu vergleichenden Hubbewegungen (z. B. klein-groß, groß-klein), oder die Geschwindigkeiten bestimmt. Den Hebungen ging ein Signal voraus, die erste Hebung erfolgt 1—1,5 Sekunden nachher, die zweite etwa 5 Sekunden später. Das wesentlichste dieser Versuchsanordnung ist es, daß sie es gestattet, Hubhöhe, Hubgeschwindigkeit und die jeder Aussage zugrunde liegende Arbeits- und Effektsleistung zu bestimmen. Aufgabe der Untersuchung ist nicht die Bestimmung von Merklichkeit, Übermerklichkeit oder Untermerklichkeit gegebener Gewichtsdifferenzen, sondern die der gesetzmäßigen oder ungesetzmäßigen Übereinstimmung zwischen Aussage, in der sich das Verhältnis der subjektiven Gewichte ausdrückt, und Effekt, für dessen Größe das objektiv vorliegende Gewicht nur eine Komponente abgibt. Angestrebt wird eine maximale Anzahl von Übereinstimmungsfällen, bzw. die Feststellung, ob eine solche Übereinstimmung besteht, oder nicht. Hinsichtlich der vorschriftsfreien Hebung kommt *B.* zu folgenden Ergebnissen: Gehören die zu vergleichenden Gewichte zu den absolut genommen leichten Gewichten, so ändert sich das subjektive Gewicht mit der Größe des jeweils erreichten Effektes, d. h. der Komplex von Spannungs-, Gelenk- und vielleicht noch von weiteren durch die Arbeitsleistung hervorgerufenen Empfindungen ist in bezug auf den durch den selben uns zugänglich gemachten Gegenstand „Gewicht" nicht vom vorliegenden objektiven Gewichte im gewöhnlichen Sinne des Wortes abhängig, sondern von der Größe des beim Heben dieses Gewichtes erreichten physikalischen Effektes. Bei dem schweren Gewichte ist die Beziehung zwischen Effekt und subjektiver Gewichtsgröße keine so eindeutige. Im allgemeinen ist zu sagen, daß die Korrelation zwischen Effekt und Gewichtsgröße erst dann getrübt werden dürfte, wenn sich die innere Verhaltungsweise der Vp. jener nähert, welche bei Volumengewichtstäuschungen am reinsten gegeben ist, wenn die Vp. also mit einer bestimmten



Gewichtsvermutung die Hebungen vollzieht, und ihre Hubimpulse auf Grund von Über- oder Unterschätzung des vermuteten bzw. erwarteten Gewichts bestimmt. Bei den Versuchen mit vorschriftsgemäßer Hebung lautet das allgemeine Ergebnis bei Einführung vorgeschriebener Hubhöhen: das höher gehobene Gewicht erscheint schwerer als das weniger hochgehobene. Diese Erschwerung ist jedoch keine Folge der bei der höheren Hebung vorliegenden größeren Arbeitsleistung, sondern davon, daß das höher zu hebende Gewicht unwissentlich rascher gehoben wird. Tatsächlich erscheint auch das weniger hoch gehobene Gewicht schwerer, sobald es mit größerer Geschwindigkeit gehoben wird, natürlich mit einer solchen, welche zur Erreichung eines größeren Effektes führt. Die Hubhöhenvorschrift wirkt also der Hauptsache nach nur insofern, als sie die Hubgeschwindigkeit beeinflußt. Die Versuche mit Hubgeschwindigkeitsvorschrift förderten etwas verwickeltere Resultate zutage. Die Registrierung von Puls und Atmung ließ erkennen, daß die Konzentration der Aufmerksamkeit eine Herabsetzung des Puls und Atmungsfrequenz sowie eine Hemmung der exspiratorischen (thorakalen) Atmungsphase mit sich führte. Eindeutig bestimmt erscheint jedoch nur die Atmungsveränderung.

Die sorgfältigen mit neuen Methoden und unter neuen Gesichtspunkten in ihren Ergebnissen früheren Arbeiten oft widersprechenden Untersuchungen *B.*s verdienen Interesse und Nachprüfung, beachtenswert sind auch die angeführten Hubkurvenbilder.

Mit dem Ablauf willkürlicher Bewegungen beschäftigt sich die Arbeit von *Isserlin* (74). Ziel der Untersuchungen ist es, diesen Ablauf als Korrelat des inneren Geschehens zu erfassen. Benutzt wurde im allgemeinen der Reaktionsversuch mit Variation der Einstellung und gleichzeitiger Registrierung der Reaktionsbewegung (Beugung des r. Zeigefingers). Aber auch wiederholte, fortlaufende und langsame Bewegungen wurden untersucht. Die wichtigsten Ergebnisse behandeln: die allgemeinen Gesetze der Schnelligkeitskurve der Bewegung, die Gesetzmäßigkeiten des Abschlusses (Bremsung, Rückstoß) und des Beginnes der Bewegung, die Einstellung in ihren Beziehungen zur Bewegung (die Bedeutung der Reaktionsform und Reaktionszeit, die begrenzte Bewegung, individuelle Differenzen). Endlich werden die Besonderheiten der Bewegungswiederholung und der fortlaufenden sowie der langsamen, dauernd „kontrollierten" Bewegung erörtert.

Reiche neue Forschungsergebnisse über den Einfluß psychischer Vorgänge auf den Körper bringt *Weber* (199), dessen Buch hier nur genannt werden kann: eine kleine Zusammenfassung bekannter Forschungen enthält die Schrift von *Bethge* (16). Das Problem des Willens behandelt *Ach* (1, 2). In dem zusammenfassenden Vortrag auf der Naturforscherversammlung zu Königsberg (1) gibt er selbst eine Übersicht über den Inhalt seiner neuen Untersuchungen „Über den Willensakt und das Temperament" (2). Im Anschluß an frühere Studien (Über die Willenstätigkeit und das Denken, 1905) behandelt *Ach* jetzt die dynamische Seite unseres Wollens, den Wirkungsgrad des Wollens, wie er sich als Erfolg der von dem Willensakt ausgehenden Determination in der Überwindung von Widerständen äußert. Um diese Macht des Wollens zu untersuchen hat *Ach* ein neues kombiniertes Verfahren ausgebildet. Als Widerstände dienen bei dieser Willens-



methode künstlich gestiftete Assoziationen und zwar zwischen sinnlosen Silben. Die Stärke der Assoziationen ist von der Zahl der Wiederholungen abhängig. Sie kann beliebig variiert werden. Je stärker die Widerstände sind, desto stärker muß auch die Willenskonzentration zur Überwindung dieser Widerstände sein. So kann auf indirekte Weise der Willensakt in jeder beliebigen Abstufung hervorgerufen werden.

In einem ersten Abschnitt des kombinierten Verfahrens werden demnach Reihen von sinnlosen Silben wiederholt dargeboten und laut gelernt. In einem zweiten Abschnitt sind sodann von der Versuchsperson gegen die reproduzierende Wirkung dieser Assoziationen gewisse Tätigkeiten auszuführen und zwar im Anschluß an das Erscheinen einer der gelernten Silben. Dem sinnlosen Material entsprechend waren diese Tätigkeiten formal, wie Umstellen des ersten und dritten Buchstaben der Reizsilbe, Bilden eines Reimes: des Vergleiches halber wurde ferner die Aufgabe gestellt zu reproduzieren, und wurden unbekannte Silben dargeboten. Die Reizsilben erschienen im zweiten Abschnitt des Verfahrens in einem Expositionsapparat. Die Reaktionszeiten wurden mit Hilfe des *Hipp*schen Chronoskops gemessen. Die durch die gestifteten Assoziationen geschaffenen Widerstände äußerten sich in einer Zeitverlängerung, wenn gegen diese Assoziationen Aufgaben erfüllt werden sollten. Durch diese „reproduktiv-determinierende Hemmung" konnte eine Zeitverlängerung bis auf den dreifachen Betrag der gewöhnlichen Reproduktionsdauer bewirkt werden. Hatten die gestifteten Assoziationen infolge sehr zahlreicher Wiederholungen eine sehr große Stärke erreicht, so konnte die Aufgabe überhaupt nicht gelöst werden. Es wurde dann statt der verlangten, der Aufgabe entsprechenden einfach die in dem ersten Teil des Verfahrens gelernte der Reizsilbe nächstfolgende Silbe ausgesprochen. Diejenige Zahl von Wiederholungen einer Silbenreihe, welche eben überschritten werden muß, damit die gestiftete Assoziation und nicht die Determination den Ablauf des Geschehens bestimmt, nennt *Ach* das „assoziative Äquivalent" der Determination: es betrug bei einer Versuchsperson bei der Tätigkeit „Reimen" sowie bei einem mittleren Grad der Willensanspannung 100—120 Wiederholungen. Nach einer solchen Zahl gelang es nur den stärksten Graden der Willensanspannung, das durchzuführen, was beabsichtigt wurde. Da zwei verschiedene Individuen hinsichtlich der Stärke von gestifteten Reproduktionstendenzen miteinander verglichen werden können, glaubt *Ach* mit Hilfe des beschriebenen Verfahrens, in der Lage zu sein, die Willenskraft verschiedener Individuen quantitativ bestimmen zu können. Erwähnt sei auch, daß er aus den quantitativen Ergebnissen der experimentellen Untersuchung des Willensaktes ein Gesetz der speziellen Determination abgeleitet wird. Nach diesem geschieht die Verwirklichung dessen, was wirwollen, um so rascher und sicherer, je spezieller die Willenseinstellung ist. — Neben diesen quantitativen Ergebnissen behandelt *Ach* in eingehender Weise die qualitativen: er betont daß gerade die kombinierte Methode es ermögliche aus den komplexen Seelenzuständen die Willensphänomene besonders herauszuholen. An dem primären Willensakt, d. h. dem Willensakt in seiner stärksten Form unterscheidet *Ach* phänomenologisch vier Momente. Erstens das



anschauliche Moment, charakterisiert durch intensive Spannungsempfindungen, zweitens das zuständliche Moment, die Bewußtseinslage der Anstrengung, drittens das gegenständliche Moment, der Inhalt des Zielvorstellung: endlich viertens, im Mittelpunkt des ganzen Erlebnisses das aktuelle Moment, die Bewußtheit „ich will". Dieses aktuelle Moment „ich will", „ich will wirklich", ist ein nicht weiter zerlegbarer Inhalt des Bewußtseins. Gefühlswirkungen sind nur Begleiterscheinungen unseres Wollens. Wird das Ziel des Wollens erreicht, so wird in der Bewußtheit der Richtigkeit ein Wissen erlebt, daß das Handeln dem entspricht, was der Entschluß vorweg genommen. Die Kontinuität des Zusammenhanges ist nicht nur dynamisch durch die Wirkung der Determination, sondern auch phänomenologisch durch ein entsprechendes Wissen gegeben. Das „Ich" erscheint als Ursache der Handlung. In dem letzten Teile seines Vortrages endlich gibt *Ach* eine Skizze von Untersuchungen über die Motivation unseres Wollens, welche später ausführlicher wiedergegeben werden sollen. Er entwickelt hier merkwürdige Anschauungen über den Zustand der vernünftigen Überlegung, welcher eine absolute Willensfreiheit repräsentieren soll: ja er meint sogar in der Lage zu sein, mit Hilfe von geeigneten experimentellen Methoden die Schwellenwerte der vernünftigen Überlegung, und mithin des Zustandes der Freiheit, quantitativ festzulegen.

Die Ausführungen über den experimentellen Nachweis des freien Willens wird man wohl als eine Entgleisung ansehn dürfen. Dagegen enthalten die Untersuchungen über den Willensakt und das Temperament sehr viel Wertvolles und Anregendes, ganz abgesehen von der geistvollen Methodik. Eine Kritik dieses Buches hat *Selz* (163) gegeben.

Den Einfluß des Alkohols auf die Willenskraft hat mit dem *Ach*schen Verfahren *Hildebrandt* (61) untersucht und festgestellt, daß bei kurzen und intermittierenden Leistungen die Willenskraft die Alkoholwirkung überwinden kann.

Die Frage, ob die Ähnlichkeitsassoziation auf den Mechanismus der einfachen Berührungsassoziation zurückzuführen ist, sucht *Peters* (141) auf Grund experimenteller Beobachtungen zu entscheiden. Um das Vorkommen der Ähnlichkeitsassoziation nachzuweisen, ließ *P.* auf eine zugerufene sinnlose Silbe 2 Minuten lang fortlaufend sinnlose Silben assoziieren. Hierbei zeigten die produzierten Assoziationen in 26—93 % der Fälle durch die Gleichheit eines Lautes an derselben Stelle bedingte Ähnlichkeit, in 0—52 % der Fälle durch die Gleichheit zweier Laute bedingte Ähnlichkeit. Auch wenn *P.* auf eine zugerufene Silbe eine sinnvolle Assoziation bilden ließ, erwiesen sich solche Reaktionen in ihrer überwiegenden Mehrzahl als durch Klangähnlichkeit bedingt. Das Vorkommen von Ähnlichkeitsassoziationen auf Grund von relativer Gleichheit demonstrierte. *P.* dadurch, daß er auf sinnlose Reizwörter mit anderen sinnlosen Wörtern reagieren ließ. Hierbei trat die Wirkasmkeit der formalen Struktur in noch viel stärkerem Maße als im gewöhnlichen Assoziationsversuch zutage, indem in etwa 90 % der Reaktionen die Wortverbindungen in Silbenzahl und Rhythmus gleich ausfielen.

P. entwickelt ferner eine Methode zur Messung der von ähnlichen Eindrücken ausgehenden Reproduktionstendenz. Er ließ Silbenreihen lernen und zeigte der Vp. im Trefferverfahren eine modifizierte ähnliche Silbe (aus der gelernten Silbe war ein Laut durch einen anderen ersetzt) vor. Der Vp. wurde mitgeteilt, daß ihr geänderte Silben vorgezeigt würden, und die Aufgabe gestellt, so rasch als möglich die gelernte ähnliche Silbe zu nennen. Die Reproduktionszeit wurde mit dem *Hipp*schen Chronoskop oder der Fünftelsekundenuhr gemessen. Die Versuche lehrten, daß der Zentralwert der Reaktionszeiten der falschen Fälle größer ist, als der Zentralwert der richtigen Fälle und kleiner als der Zentralwert der Nullfälle Zu gleicher Zeit wurde das Gefühl der Sicherheit bei der Reproduktion untersucht und gefunden, daß unter den richtigen Fällen die als sicher richtig beurteilten weit zahlreicher sind als unter den falschen Fällen und umgekehrt. Die Reaktionszeit der als sicher richtig beurteilten Fälle war am kürzesten; die Reaktionszeit der als sicher richtig beurteilten falschen Fälle war kürzer als die der als zweifelhaft beurteilten richtigen Fälle.

Auch hinsichtlich der Bedeutung des Ähnlichkeitsgrades für die Ähnlichkeitsassoziation wurden Versuche gemacht und festgestellt, daß die Reproduktionsleistung (gemessen an der Zahl der richtigen Fälle) geringer wird, wenn die Zahl der veränderten Laute größer und damit der Ähnlichkeitsgrad kleiner wird. Dabei wächst mit abnehmender Ähnlichkeit die Reaktionszeit der richtigen Fälle.

Zum Schluß macht *P.* den Versuch, eine Theorie der Ähnlichkeitsassoziation zu geben. Er sucht darzutun, daß die von ihm gezeigten Tatsachen mit der Auffassung der Ähnlichkeitsassoziation als bloßer Berührungsassoziation nicht zu vereinbaren sind, und sieht in dem Perseverieren des beiden Assoziationen gemeinsamen Teils und in dem Zusammenwirken dieser Perseverationstendenz mit der von dem perseverierenden Teil zugleich ausgehenden Reproduktionstendenzen das Wesen der Ähnlichkeitsassoziation. Er resumiert: „Von Ähnlichkeitsassoziation spricht man dort, wo reproduzierender und reproduzierter Bewußtseininhalt sich bei einem Vergleich als ähnlich erweisen. Nicht das Bewußtsein der Ähnlichkeit kann das Reproduktionsmotiv sein, denn dieses kann sich ja erst einstellen, nachdem die Vorstellung reproduziert ist. Die reproduzierende Wahrnehmung..... muß ein Moment enthalten, das die Reproduktion veranlaßt und bei dem Vergleich der Wahrnehmung mit der Vorstellung das Bewußtsein der Ähnlichkeit der beiden bedingt. Dieses Moment ...ist die partielle Perseveration der reproduzierenden Wahrnehmung. Von einem Teile der Wahrnehmung geht eine Perseverationstendenz aus, die mit der neben ihr vorhandenen Reproduktionstendenz die Reproduktion der partiell gleichen Vorstellung bedingt. Die partielle Gleichheit der Wahrnehmung und Vorstellung bildet aber das Substrat des Bewußtseins der zwischen den beiden wahrgenommenen Ähnlichkeit."

Moskiewicz (124) befaßt sich in interessanten Ausführungen mit der Psychologie des Denkens. Der hier vorliegende Teil seiner Untersuchungen behandelt ausschließlich das willkürliche Denken, das Nachdenken, während der Einfall in einer späteren Abhandlung erörtert werden soll.



Nachdenken ist nach *M.* ein Ablauf von Vorstellungen, der durch ein von Anfang an gegebenes und dauernd festgehaltenes Ziel beherrscht wird und dieses zu erreichen sucht. Solch ein Ziel ist die Tendenz eines Vorstellungsablaufs in einer bestimmten Richtung zu verlaufen, um zu einem bestimmten Zusammenhange zu gelangen. Um diese Tendenzen näher zu bestimmen wird an die Gedanken von *Liepmann* (Die Bedeutung der „Obervorstellung") und *Ach* und *Watt* (Determination, Wirksamkeit der Aufgabe auf die Reproduktion) angeknüpft und festgestellt, daß mit der Wirkung von Aufgaben das ursprüngliche Prinzip der Assoziationspsychologie gesprengt ist: das Unterscheidende gegenüber einem nicht geordneten Vorstellungsablauf ist also dies, daß hier eine Vorstellung bzw. ein Vorstellungskomplex dauernd mit der Aufmerksamkeit festgehalten wird, dadurch dauernd seine konstellierende Tätigkeit entfalten kann und die konstellierende Wirkung anderer immerfort wechselnder Vorstellungen lahmlegt. In dieser Wirksamkeit von Aufgaben, Gesichtspunkten haben wir die zusammenfassende Funktion der Seele vor uns, als deren Korrelat, also als Gebilde, Gesamtvorstellungen auftreten. Die Bedeutung, die diese im Seelenleben haben, ist die, daß durch sie, wenn sie sich in die Einzelvorstellungen entfalten, aus denen sie gebildet sind, diese Einzelvorstellungen in geordneter sinnvoller Weise ablaufen. Die Art wie solche Obervorstellungen im Bewußtsein repräsentiert sind, ist sehr verschieden. Eine ganze Reihe sind nur Schemata, welche sich erst mit Vorstellungen anfüllen sollen. Wesentlich ist nur, daß durch den Gesichtspunkt der Obervorstellung dieser Obervorstellung entsprechende, zwischen den Einzelvorstellungen bestehende Beziehungen wirksam werden, um damit eine Reproduktion und Zusammenfassung der entsprechenden Vorstellungen bewirken.

M. behandelt dann in einem besonderen Abschnitt das „einfach schließende Denken". Er verdeutlicht hier an Beispielen, wie das Nachdenken eine bereits vollzogene Synthese zur Voraussetzung hat, von einer Gesamtvorstellung ausgeht: wie dann in dem Prozeß des Nachdenkens eine oder mehrere Gesamtvorstellungen zerlegt werden und dann endlich auf diesem Wege gewonnene Vorstellungen zueinander in Beziehung treten und eine neue Gesamtvorstellung bilden.

In einem letzten Abschnitt wird das kombinierende Denken behandelt, das dadurch ausgezeichnet ist, daß das Denken von dem ursprünglich gegebenen Material zu immer weiterem vorwärts schreitet, die ursprüngliche Aufgabe dauernd festhaltend. Eine Reihe von Vorstellungen fordert einen gemeinsamen Zusammenhang. Einige einzelne Vorstellungen rufen eine Gesamtvorstellung hervor, diese wieder wirkt konstellierend auf all die Vorstellungen, die mit den Einzelvorstellungen in größeren Verbänden stehen und Beziehung zur eben gewonnenen Gesamtvorstellung haben. Dadurch entstehen oft Widersprüche, die Gesamtvorstellung wird fallen gelassen, eine neue bildet sich, welche wieder aus der Fülle der jetzt anklingenden Vorstellungen diejenigen weckt, die nun zu ihr Beziehung haben usw., bis eine Gesamtvorstellung gefunden ist, welche alle gegebenen und mit dieser anklingenden Vorstellungen widerspruchslos vereinigt.

Zu den Ausführungen von *Moskiewicz* hat *Geyser* (49) kritisch Stellung genommen. Er vermißt in dessen Psychologie der Denkvorgänge die Berücksichtigung



der Arten, des Entstehens usf. des Beziehungsbewußtseins. Dieses Bewußtsein kann unter keinen Umständen dem Begriff der Assoziation untergeordnet werden, wie es mit dem Begriff der determinierenden und konstellierenden Tendenzen möglich ist. — Es ist nicht angängig, an dieser Stelle weiter auf diese Streitfragen einzugehen.

Die umfangreichen Untersuchungen, welche *Mourly-Vold* (194) über den Traum angestellt hat, seien hier nur genannt. Es handelt sich um eingehende Berichte über die Beeinflussung der Träume durch Reizungen des Körpers.

Zu der Frage der Psychoanalyse hat Referent an anderem Orte (75) Stellung genommen.

---

2. Gerichtliche Psychopathologie.

Referent: Karl Wendenburg-Osnabrück.

I. Allgemeine gerichtliche Psychiatrie.

1. *Beschoren, Richard* (Zechin), Das Problem der Willensfreiheit in theoretischer und praktischer Beziehung. Hannover. Hahn. 36 S. 0,75 M. (S. 26*.)
2. *Dittrich, Paul* (Prag), Handbuch der ärztlichen Sachverständigentätigkeit. Lfg. 31—33. 19 M. Wien 1910. W. Braumüller. (S. 25*.)
3. *Gretner, X.* (Breslau), Die Zurechnungsfähigkeit im Vorentwurf zu einem deutschen Strafgesetzbuch. Mit besonderer Rücksicht auf den österreichischen und den schweizerischen Vorentwurf. Leipzig. W. Engelmann. 95 S. 2,40 M. (S. 26*.)
4. *Gudden, H.*, (München), Die Behandlung der jugendlichen Verbrecher in den Vereinigten Staaten von Nordamerika. 166 S. 1,50 M. Nürnberg 1910. Friedr. Korn. (S. 28*.)
5. *Kauffmann, M.*, Über die Notwendigkeit psychiatrischer Ausbildung der Bahnärzte. Reichs-Medizinal-Anz. N. Flg. 1. Jg., Nr. 1, S. 13. (S. 27*.)
6. *Kielhorn, H.*, Straffälligkeit der geistig Minderwertigen. Mtschr. f. Kriminalanthr. u. Strafrechtsref. 7. Jahrg., H. 2, S. 106. (S. 28*.)
7. *Kreß, H.* (Rostock), Ein homosexueller Fall. Ärztl. Sachv.-Ztg. 1910, Nr. 14, S. 284. (S. 27*.)



8. *Lande, P.*, De la conduite que doit tenir l'expert aliéniste lorsqu'un inculpé soumis à l'examen psychiatrique se déclare innocent du fait qui lui est reproché. Rev. de méd. légale Nr. 4, p. 97.

9. *Loock* (Düsseldorf), Chemie und Photographie bei Kriminalforschungen. Zweite Folge. Düsseldorf. Fr. Dietz. 162 S. (S. 28*.)

10. *Mönkemöller, O.* (Hildesheim), Psychiatrisches Attestwesen am Ausgange des 18. Jahrhunderts. Psych.-neurol. Wschr. 1910, 12. Jahrg., Nr. 13, S. 121.

11. *Mörchen, Fr.* (Ahrweiler), „Monstreprozesse" und Zeugenladung. Auch ein Epilog zum Allensteiner Prozeß. Mtschr. f. Kriminalpsych. u. Strafrechtsref. Jahrg. 7, S. 407. (S. 26*.)

12. *Näcke*, Homosexualität und Sachverständiger. Reichsanzeiger 1910, Nr. 2.

13. *Reichel, Hans*, Über forensische Psychologie. 64 S. 1,80 M. München 1910. C. H. Beck.

14. *Rittershaus, Ernst* (Hamburg-Friedrichsberg), Die Komplexforschung (Tatbestandsdiagnostik). Journ. f. Psychol. u. Neurol. Bd. 15, S. 61.

15. *Siemens* (Lauenburg i. P.), Rechtsschutz der Psychiater gegen Angriffe in der Presse. Psych.-neurolog. Wschr. Nr. 36, S. 339.

16. *Strassmann, F.* (Berlin), Die Entwicklung des Unterrichts in der gerichtlichen Medizin an der Berliner Universität. Berl. klin. Wschr. 1910, Nr. 41, S. 1901.

17. *Svenson, F.*, Die schwedische Strafgesetzgebung betr. Verbrechen, die unter dem Einfluß des Alkohols begangen worden sind. Mtschr. f. Kriminalpsych. u. Strafrechtsref. Jahrg. 7, H. 1. Ref. *Alzheimer*-Referate Bd. 1, H. 8, S. 637. (S. 27*.)

18. *Voss, G.*, Wichtige Entscheidungen auf dem Gebiete der gerichtlichen Psychiatrie. 46 S. 1 M. Halle a. S. 1910. Carl Marhold. (S. 28*.)

Der vorliegende Band des Handbuchs der gerichtlichen Medizin, welcher die gerichtliche Psychiatrie enthält und von *Anton*, *Dittrich* und *Wagner von Jauregg* redigiert ist (2), zerfällt in zwei Abschnitte, allgemeine — und spezielle Psychiatrie. Mehr als ein Dutzend Autoren haben sich der Arbeit unterzogen, die Hinzuziehung einer geringeren Zahl von Mitarbeitern [illegible] das Werk nach Ansicht des Ref. vorteilhafter gewesen. Die verschie[illegible] sind nicht gleichmäßig bearbeitet, so sind, um einige herauszu[illegible]




führungen über Störungen des Bewußtseins und Gedächtnisses, Aphasie, Hypnose, chronische Paranoia, traumatische Gehirnerkrankungen ausführlich und erschöpfend, während andere Abschnitte, ich erwähne vor allem die progressive Paralyse sowie die Haftpsychosen im Verhältnis zu dem Umfang des Werkes zu kurz ausgefallen sind. Auch die gerichtsärztliche Bedeutung ist nicht überall hinreichend gewürdigt worden. Trotz dieser Umstände gibt das Buch eine gute Übersicht über unsere heutigen Kenntnisse und wird sich auch in der Praxis bewähren.

(*Ernst Schultze*-Greifswald.)

Das kleine Buch des Breslauer Professors *Gretner* (3) über die Zurechnungsfähigkeit im Vorentwurf zum Strafgesetzbuch sei wegen der überaus klaren, faßlichen Darstellung, welche das Thema unter gleicher Berücksichtigung juristischer und psychiatrischer Gesichtspunkte auf kurzem Raume erfährt, besonders empfohlen. Die Ausführungen *Gretners* zerfallen in 4 Abteilungen: 1. die Stellung des Vorentwurfs zur soziologischen Schule des Strafrechts: 2. die Bezeichnung der Geisteszustände, welche die Zurechnungsfähigkeit ausschließen können: 3. die biologische und die gemischte Methode der Behandlung der Zurechnungsfähigkeit und 4. die Bezeichnung der psychologisch-juristischen Kriterien der Zurechnungsfähigkeit. Alle geben einen guten Überblick über den Standpunkt, den die in Frage kommenden Wissenschaften der Jurisprudenz und der Medizin heutigen Tages zu diesen Fragen einnehmen. Der österreichische und schweizerische Entwurf findet eingehende Berücksichtigung.

Beschoren (1) behandelt die Willensfreiheit in gemeinverständlicher Darstellung als Kantianer. Er stellt die Naturgesetzmäßigkeit aller Dinge, die Triebfedern des menschlichen Wollens und die Möglichkeit einer Bestimmung des Willens dar und kommt dann in einem Kapitel über Naturgebundenheit und Verantwortung zu dem Schlusse, daß der Determinismus die einzige naturwissenschaftlich haltbare Hypothese, der Indeterminismus aber entbehrlich sei. Mit dem Determinismus verträgt sich sehr wohl der Begriff der Strafe, nicht aber der der freien Willensbestimmung. Die Beantwortung der Frage nach der freien Willensbestimmung ist für den Arzt eine Sache seiner Weltanschauung, nicht aber seiner Wissenschaft.

Mörchen (11) beklagt den Mißstand, daß Sachverständige und Zeugen bei Monstreprozessen, wie z. B. dem Allensteiner, oft tage- und wochenlang warten müssen, ehe sie vernommen werden. Dieser Übelstand, der den Bestimmungen unserer Strafprozeßordnung zur Last fällt, fordert von den als Sachverständige Geladenen oft große persönliche Opfer, wenn praktische Ärzte mit großer Praxis diese im Stich lassen müssen. Im Allensteiner Prozeß fiel namentlich auf, daß einige Gefängnisinspektoren auf Gerichtsbeschluß außer der Reihe vernommen wurden, die als Beamte nichts durch einen längeren Aufenthalt verloren, während die Ärzte zehn Tage lang warten mußten, um ihre, manchmal, sachlich wenigstens, ganz belanglose Aussage machen zu können. *M.* meint, daß solche Vorkommnisse sich durch eine planmäßige Vorbereitung der Prozesse vermeiden ließen, und daß es genügte, die Zeugen, denen man avisiert hätte, daß sie sich bereithalten müßten, einen Tag vor ihrer voraussichtlichen Vernehmung tele-



graphisch zu laden. Auf diese Weise würden dem Staate große Kosten, den Zeugen Verluste erspart.

Kauffmann (5) macht auf die Notwendigkeit psychiatrischer Ausbildung der Bahnärzte aufmerksam. Namentlich die Paralyse, die so oft schleichend beginnt und so häufig vorkommt, rechtfertigt diese Forderung. Er führt drei Fälle an, es handelte sich um einen Lokomotivführer, einen Rangiermeister und einen Weichensteller, in denen von ihm das Vorhandensein einer ausgeprägten Paralyse festgestellt wurde. Alle drei hatten sich bis dahin im Dienst befunden, der Lokomotivführer hatte bereits eine Entgleisung verschuldet, der Rangiermeister hatte kurz vor der Untersuchung durch *K.* noch ein Attest erhalten, nach dem sein Nervensystem völlig intakt sein sollte, obwohl die Paralyse allem Anschein nach schon längere Zeit in der Entwicklung begriffen sein mußte, der Weichensteller war zwar vom Arzt für krank erklärt, da aber die Gehirnkrankheit nicht erkannt war, war immer wieder der Versuch gemacht, den Mann in seinem Dienst weiter zu beschäftigen. *Kauffmann* fordert deshalb mit vollem Recht, daß die Bahnärzte in kurzen Kursen mit der Aufnahme einer sachgemäßen Anamnese, mit der Vornahme neurologischer Untersuchungen, mit der Prüfung von Intelligenz, Gedächtnis, Merkfähigkeit, Urteil und Stimmung und mit den Leiden, welche differentialdiagnostisch in Frage kommen, vertraut gemacht werden sollten. In 8—14 Tagen läßt sich das alles erlernen und darum sollte ein solcher Kurs, der sich an jeder psychiatrischen Klinik und Irrenanstalt abhalten läßt, die Vorbedingung für die Übertragung einer Bahnarztstelle sein.

Kreß (7) beklagt sich, daß das Gericht einen Mann, der sich gegen § 175 vergangen hatte, trotz seines mit der psychanalytischen Methode gewonnenen Gutachtens verurteilt hat, weil ein Psychiater erklärt hatte, der Angeklagte wäre pervers, aber zurechnungsfähig. Seine Forderung, der Psychiater müßte entscheiden, ob die freie Willensbestimmung im konkreten Falle aufgehoben war, wird wenig praktischen Erfolg haben, sie ist nur geeignet, das Mißtrauen weiter Kreise zu wecken und der guten Sache zu schaden. Ein wirklich überzeugendes Gutachten wird auch bei dem jetzigen Rechtszustande seinen Zweck erreichen, Vorbedingung ist freilich, daß es sich auf feststehende wissenschaftliche Tatsachen und nicht auf Hypothesen stützt, wie im vorliegenden Falle.

Die Trunkenheit ist nach schwedischem Gesetz strafbar, die Trunkenheitsvergehen sind sehr zahlreich und betragen nach *Svenson* (17) 99,5% aller Vergehen. Verbrechen, die von akut oder chronisch Alkoholisierten begangen sind, werden bestraft, als wenn der Rausch oder der chronische Alkoholismus nicht vorhanden wäre, jedoch mit der Ausnahme, daß Trinker, die infolge ihrer Trunksucht geisteskrank geworden sind, exkulpiert werden können; dasselbe gilt für den pathologischen Rausch. In anderen Fällen kann infolge der Berücksichtigung der Trunkenheit z. Z. der Begehung der Tat eine Verkürzung der Strafzeit eintreten, und es tritt dann der verkehrte Fall ein, daß ein besonders gefährlicher Trinker eine geringere Strafe erhält anstatt einer längeren, die seinem Zustande der erhöhten Gefährlichkeit Rechnung trägt.

Bei der Aufmerksamkeit, die Ärzte und Juristen dem Vorentwurf zum Strafgesetz und der Strafprozeßordnung schenken, wird das Buch *Guddens* (4) über die Behandlung der jugendlichen Verbrecher in Nordamerika vielen willkommen sein, da es das hochentwickelte System der erzieherischen Behandlung, durch welche die Amerikaner die Bestrafung ersetzt haben, praktisch vor Augen führt. *G.* hat seine Studien 1909 in Illinois, Wisconsin, Minnesota und New York gemacht und bezeichnet die Art, wie die Vettern von drüben ihre Jugendlichen behandeln, als ein bewundernswertes Vorbild für uns, die wir uns mit Jugendgerichten behelfen, die nur ein Schemen ohne Fleisch und Blut sind, weil ihnen das wohlorganisierte Fürsorge- und Schutzaufsichtssystem und die hochentwickelte Erziehungsanstalt Amerikas fehlt. *G.* vermißt in Deutschland namentlich die staatliche Betätigung auf dem Gebiete sehr zum Nachteil der Steuerzahler. Die einzelnen Maßnahmen und Einrichtungen werden von *G.* sehr eingehend und anschaulich behandelt, so daß jeder Jurist und Psychiater, der auf diesem Gebiete arbeitet. sich Anregung und Belehrung aus dem Büchlein holen wird.

Von den 280 Knaben und 204 Mädchen, welche in den Jahren von 1881—1909 die Hilfsschule zu Braunschweig besucht haben, sind nach *Kielhorn* (6) 36 Knaben bestraft. Unter diesen haben 15 Knaben 1—2, 19 mehrfache Strafen erlitten. Auch 6 Mädchen wurden bestraft, die meisten waren der Prostitution verfallen. Unter allen Bestraften fand sich ein großer Prozentsatz Schwachsinniger, Epileptischer oder Degenerierter, doch ist dem Richter nur in wenigen Fällen die Minderwertigkeit bekannt geworden. Außer den 42 Verurteilten hat noch eine größere Anzahl strafbare Handlungen begangen, die aber nicht geahndet sind, weil die mangelhafte Zurechnungsfähigkeit bekannt wurde und auch gutachtlich nachgewiesen ist. Da bei einigen Zöglingen über das spätere Leben nichts ermittelt werden konnte, ist anzunehmen, daß der gefundene hohe Prozentsatz an Kriminellen noch zu niedrig ist. Kurzfristige Strafen bleiben wirkungslos, es muß dafür gesorgt werden, daß die Besucher von Hilfsschulen auch nach der Entlassung aus der Schule einen Halt bekommen, der ihnen die fehlenden Hemmungen ersetzt.

Loocks (9) Buch über die Chemie und Photographie bei Kriminalforschungen zeichnet sich durch sehr gute Reproduktionen photographischer Aufnahmen zur Tatbestandsdiagnostik aus. An der Hand einer reichhaltigen Kasuistik wird die Wichtigkeit photographischer und chemischer Untersuchungsmethoden praktisch demonstriert. Es ist so geschrieben, daß der Gerichtsarzt, der Richter und Staatsanwalt und der Kriminalist in gleicher Weise Belehrung aus dem Buche schöpfen können, das auch wegen seiner Kürze ein wertvoller Beitrag zur praktischen Kriminalistik genannt werden kann.

Die Zusammenstellung der wichtigen Entscheidungen auf dem Gebiete der gerichtlichen Psychiatrie, deren 9. Folge *Voß* (18) besorgt hat, sei hier wegen der Übersichtlichkeit und Fülle des Materials auch in diesem Jahre wieder lobend hervorgehoben.



II. Strafrechtliche Psychiatrie.

1. *Amschl, A.*, Der österreichische Strafgesetzentwurf. Arch. f. Kriminalanthrop. u. Kriminalistik 1910, Bd. 37, H. 1—2, S. 139 bis 159.
2. *Briand, M.*, Amnésie rétroactive simulée chez une débile. Bull. de la soc. clin. de méd. mentale 1910, Nr. 3.
3. *Cramer, A.* (Göttingen), Bemerkungen zu dem Vorentwurf zu einem Deutschen Strafgesetzbuch. Münch. med. Wschr. 1910, Nr. 7. (S. 33*.)
4. *Cramer, A.*, Die Grenzzustände im Strafvollzug. Berichte der Psychiatrisch-juridisch Gezelschap te Amsterdam 1909, 30. Okt. (S.35 *.)
5. *Forster, E.* (Berlin), Über Morphinismus in strafrechtlicher Beziehung. Charité-Annalen Jahrg. 34, 1910. (S. 38*.)
6. *Forster* (Berlin), Über die forensische Beurteilung der Dämmerzustände. Berl. klin. Wschr. Nr. 49, S. 2252. (S. 37*.)
7. *Haldy*, Zwei Anklagen wegen Mordes ohne objektiven Tatbestand. Pitaval der Gegenwart Bd. 6, H. 2, S. 81. (S. 39*.)
8. *Heinicke* (Waldheim), Kurze Bemerkungen zu § 63 des Vorentwurfs zu einem Deutschen Strafgesetzbuch. Psych.-neurol. Wschr. Jahrg. 12, Nr. 26, S. 237. (S. 35*.)
9. *Hirschfeld, M.* (Berlin), Kritik des § 250 und seiner Motive im Vorentwurf zu einem Deutschen Starfgesetzbuch. *H. Groß* Archiv Bd. 38, H. 1 u. 2, S. 89. (S. 37*.)
10. *Horch* u. *v. Franqué*, Die Abtreibung der Leibesfrucht vom Standpunkte der lex ferenda. Jur.-psych. Grenzfr. Bd. 7, H. 4. (S. 39*.)
11. *Juliusburger, O.* (Steglitz), Zur Frage der Unzurechnungsfähigkeit und ihrer sozialen Bedeutung. Med. Klinik Nr. 14. (S. 37*.)
12. Justizkommission des Deutschen Vereins für Psychiatrie. Bemerkungen zum Vorentwurf des Strafgesetzbuches. 97 S. 1,50 M. Jena 1910. Gustav Fischer. (S. 31*.)
13. *Kahl* und *Leppmann*, Die Bestimmungen über Unzurechnungsfähigkeit und verminderte Zurechnungsfähigkeit i entwurf eines Deutschen Strafgesetzbuches. Vor kussion dazu. Ärztl. Sachv.-Ztg. Jahrg. 16, Nr. 5, S

14. *Marx*, Der Familienmord und die freie Willensbestimmung. Berl. klin. Wschr. Nr. 16, S. 730. (S. 38*.)
15. *Mönkemöller* (Hildesheim), Zur Kasuistik des § 224 StrGB. Vierteljhrschr. f. gerichtl. Med. u. öffentl. Sanitätswes. III. Folge, Bd. 40, H. 2, S. 307. (S. 38*.)
16. *Raecke*, Neurasthenische Bewußtseinsstörung. *Friedreich*s Blätter H. 5. (S. 39*.)
17. *Schaefer, H.* (Wernigerode), § 56 Reichsstrafgesetzbuchs. Moderne Medizin, herausgeg. v. H. Lungwitz, Adlerverlag in Berlin, H. 4, S. 170. (S. 37*.)
18. *Schultze, Ernst* (Greifswald), Die jugendlichen Verbrecher im gegenwärtigen und zukünftigem Strafrechte. Grenzfr. d. Nerven- u. Seelenlebens 72. Wiesbaden, J. F. Bergmann. 74 S. 2 M. (S. 36*.)
19. *Schwandner* (Ludwigsburg), Die Behandlung der Alkoholdelikte in den Vorentwürfen zu einem deutschen, österreichischen und schweizerischen Strafgesetzbuch. Mtschr. f. Kriminalpsychol. u. Strafrechtsref. Jahrg. 7, 1910, H. 4, S. 193.
20. *Stier, Ewald* (Berlin), Trunksucht und Trunkenheit in dem Vorentwurf zu einem deutschen Strafgesetzbuch. Kritische Betrachtung. Arch. f. Psych. u. Nervenkh. Bd. 47, 1910, H. 1. (S. 34*.)
21. *Strassmann, F.* (Berlin). Ein Wort zur Verständigung in der Frage der verminderten Zurechnungsfähigkeit. Ärztl. Sachv.-Ztg. Nr. 21, S. 425. (S. 35*.)
22. *Swetloff, W.*, Über verminderte Zurechnungsfähigkeit. Psych. d. Gegenw. (russ.) 4, 37, 1910. Ref.: *Alzheimer*-Referate Bd. 2, H. 2, S. 157.
23. *Weller*, Die schwere Körperverletzung im jetzigen Strafrecht (§ 224 StGB.) vom gerichtsärztlichen Standpunkt. (Fortsetzung folgt.) *Friedreich*s Blätter H. 6. (S. 37*.)
24. *Weygandt, W.* (Friedrichsberg), Die Jugendlichen im Vorentwurf zu einem Deutschen Strafgesetzbuch. Ztschr. f. d. Erforsch. u. Behandl. d. jugendl. Schwachs. 1910, Bd. 3, H. 6, S. 449. (S. 36*.)
25. *Willmanns, K.* (Heidelberg), Psychiatrische Bemerkungen zum Vorentwurf des Deutschen Strafgesetzbuches. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. H. 2, S. 171. (S. 34*.)

D e r V o r e n t w u r f d e s S t r a f g e s e t z b u c h e s ist von der Justizkommission des Deutschen Vereins für Psychiatrie einer eingehenden Besprechung unterzogen (12). Zahlreiche andere Autoren haben sich zu Einzelfragen des Entwurfs geäußert. *Moeli* gibt als Einleitung eine allgemeine Übersicht des Vorentwurfs. Er betont die nahen B e z i e h u n g e n der P s y c h i a t r i e zum S t r a f r e c h t , die sich nicht nur auf die Mitwirkung des psychiatrischen Sachverständigen beschränken, in Fällen, in denen krankhafte Beschaffenheit des Täters als ein Schuld- oder Strafausschließungsgrund in Frage kommt. Zwei Hauptpunkte ziehen im Vorentwurf hauptsächlich das Augenmerk des Psychiaters auf sich: Schuld und Strafe auf der einen, die neu eingeführten Sicherungsmaßnahmen auf der anderen Seite. Neben der Haftung für die äußeren Folgen der Handlung ist, wie *Moeli* ausführt, mehr und mehr die psychologische Entstehung der Tat zum Ausgangspunkt der Schuldfrage geworden. Bei dieser Feststellung des „i n n e r e n T a t b e s t a n d e s" einer Schuld bemerkte man bald, daß ein nicht unbeträchtlicher Teil öfter Bestrafter Abweichungen vom Gesunden an sich trug, die leichter zu Rechtsverletzungen führten (Psychopathen, Degenerierte). Diese Abweichungen bedingten freilich meist erst dann eine Abschwächung der Verantwortlichkeit, wenn die Insuffizienz der betr. Individuen durch innere und äußere Einflüsse eine Steigerung erfuhr. Diesen pathologischen Persönlichkeiten, denen die Möglichkeit der Zubilligung m i l d e r n d e r U m s t ä n d e nach dem geltenden Recht nur eine u n z w e c k m ä ß i g e , ihrer pathologischen Gefährlichkeit nicht entsprechende Berücksichtigung zuteil werden ließ, wird das neue Gesetz durch die §§ 63—65 gerecht. Auch die elastischere Gestaltung der Strafbestimmungen wird der Individualität des Täters mehr als bisher gerecht. Hierzu gehört auch die b e d i n g t e S t r a f a u s s e t z u n g , die vorläufige Entlassung und die Erteilung von Verweisen auch an Erwachsene anstatt wie bisher nur an Jugendliche, während besondere Bestimmungen über die Ausführung des S t r a f v o l l z u g e s das Auftreten von Geisteskrankheiten bei Disponierten zu vermeiden suchen. Die vorgeschlagene V e r w a h r u n g der gemindert Zurechnungsfähigen in Heil- und Pflegeanstalten für Geisteskranke zum Zwecke der Heilung bedarf nach *Moeli* noch der Revision, es ist namentlich zu prüfen, ob nicht eine individuell ausgebildete S c h u t z a u f s i c h t hier bessere Dienste tut. Sehr zu billigen sind die E r z i e h u n g s m a ß n a h m e n , die der Vorentwurf bei Jugendlichen an Stelle der Strafe vorsieht. Im ganzen ist die größere Freiheit des richterlichen Ermessens, die Ausdehnung des nicht straffähigen Jugendalters auf das 14. Lebensjahr und die Verbesserungen im Strafvollzuge vom psychiatrischen Standpunkte aus am Vorentwurf freudig zu begrüßen. Dasselbe gilt für die Verwahrung und Zurückhaltung krimineller Zurechnungsunfähiger auf richterliche Anordnung und die Sicherungsmaßnahmen gegen Leute mit psychischen Mängeln, die aber noch zurechnungsfähig sind. Freilich sind die im Vorentwurf gegebenen Bestimmungen erst der Rahmen für weitere Besprechung. *Aschaffenburg* (12) betont, daß eine richtige Gestaltung des Z u r e c h n u n g s f ä h i g k e i t s - P a r a g r a p h e n die bedeutsamste Frage für den Psychiater im neuen Strafgesetzbuch ist. Die Fassung, die der Vorentwurf enthält, kann *Aschaffenburg* nicht befriedigen, er hat



namentlich gegen die Einteilung der Zustände, welche die Verantwortlichkeit ausschließen, in Geisteskrankheit, Blödsinn und Bewußtlosigkeit Bedenken, da sie ihm nicht umfassend genug erscheinen. Auch gegen die Wiedereinführung der freien Willensbestimmung opponiert er, da der Begriff entbehrlich sei. Es erscheint *A.* auch nicht besonders empfehlenswert, daß die Verwahrung der geisteskranken Verbrecher jetzt auf Beschluß des Gerichts eintreten und beendet werden soll, und er tritt ferner dafür ein, daß gemeingefährliche, unzurechnungsfähige Kranke auch in Zukunft in öffentlichen Heil- und Pflegeanstalten und nicht in besonderen Abteilungen verpflegt werden. Die vermindert Zurechnungsfähigen müssen in besonderen, ihrer Eigenart entsprechenden Anstalten verwahrt werden. Das Wirtshausverbot des § 43 erscheint *A.* zwecklos, besser die Zwangsbehandlung der Trinker, welche dieser Paragraph vorsieht. Doch ist die Limitierung auf 2 Jahre bedenklich. *A.* macht zu allen Stellen des Vorentwurfs, die er einer Kritik unterzogen hat, Abänderungsvorschläge. Der Strafvollzug wird von *Cramer* (12) besprochen, der hauptsächlich die psychopathischen und Grenzzustände in ihren Beziehungen zur Haft untersucht. Leute mit solchen Zuständen werden durch den § 63 Abs. 1 u. 2 des Vorentwurfs vor dem Vollzuge der Todesstrafe geschützt sein. Die vorgesehenen Strafschärfungen wird ein Teil der Leute ohne Schaden vertragen, andere werden entschieden an ihrer Gesundheit geschädigt werden, und in diesem Falle würde sich der Anstaltsarzt gegen die Anwendung der Schärfung auszusprechen haben. Die bedingte Strafaussetzung begrüßte *Cramer* freudig, er verspricht sich von ihr viel Erfolg bei den Neulingen, ferner bietet sie eine Möglichkeit, in Fällen, in denen die Entwicklung einer Psychose vermutet, aber noch nicht sicher diagnostiziert werden kann, die Strafe hinauszuschieben und abzuwarten, ob die Entwicklung des psychopathischen Zustandes fortschreitet. Die Einweisung der gemindert Zurechnungsfähigen in Heilanstalten nach vorheriger Verbüßung der Strafe billigt *Cramer* besonders deshalb, weil aus dieser Fassung des Paragraphen deutlich hervorgeht, daß die Heil- und Pflegeanstalten mit dem Strafvollzuge nichts zu tun haben, sondern reine Krankenanstalten sind. Für die gemindert Zurechnungsfähigen müssen aber auch Zwischenanstalten geschaffen werden, da viele von ihnen als nicht geisteskrank nicht in Irrenanstalten aufgenommen werden können. Die Einweisung geisteskranker Rechtsbrecher in Anstalten durch Gerichtsbeschluß findet *Cramers* Beifall, die Dauer der Verwahrung darf aber nur vom Zustande des Freigesprochenen abhängig gemacht werden. Einweisungen auf Zeit oder gar auf Lebenszeit würden ein Unrecht gegen die Kranken sein. Es müßten auch Privatanstalten solche kriminellen Geisteskranken aufnehmen können. Die Heraufsetzung der Strafmündigkeit auf das 14. Lebensjahr entspricht psychiatrischen Wünschen. Dagegen ist die Möglichkeit, bei Jugendlichen Strafen auch in Heil- und Pflegeanstalten zu vollstrecken (§ 70 des Vorentwurfs), ein Nonsens, da Anstalten zur Krankenbehandlung keine Strafvollstreckung ausüben können. *Cramer* bedauert, daß der V. E. keine Maßnahmen für solche psychopathische Jugendliche mit kriminellen Instinkten vorsieht, welche



durch die Fürsorgeerziehung nicht zu bessern sind und nach Ablauf des 21. Jahres auf die Menschheit losgelassen werden müssen, trotzdem ihre kriminellen Neigungen fortbestehen. *Longard* (12), der den Einfluß der Strafschärfungen und der Einzelhaft auf die geistige Gesundheit bespricht, kommt zu der Ansicht, daß die Bestimmungen des V. E. auch Leuten mit labilem geistigem Gleichgewicht gerecht werden. *Ernst Schultze* (12) meint, daß bei Verwahrung unzurechnungsfähiger und gemindert zurechnungsfähiger Personen ein einheitliches Verfahren genügt. *Sch.* hält es für wünschenswert, daß das Verfahren in die Hände von Berufsrichtern und nicht in die Hände von Laien gelegt wird, hält eine Entmündigung zum Zwecke der Verwahrung für entbehrlich oder in anderen Fällen für unmöglich, plädiert aber dafür, daß dem Verwahrten ein gesetzlicher Vertreter gestellt wird, ein „Fürsorger", und daß ihm das Recht gegeben wird, in angemessenen Zeiträumen seine Entlassung zu verlangen, die aber stets nur auf Widerruf erfolgen dürfte. Die Befreiung von Verwahrten müßte unter Strafe gestellt werden. *Hoche* (12), der am Schluß der Bemerkungen zum V. E. die vorsätzliche Tötung des Kindes in oder gleich nach der Geburt bespricht, tritt dafür ein, daß den ehelich gebärenden Kindesmörderinnen dieselben Wohltaten einer milderen Beurteilung wie den unehelichen zuteil werden sollen und daß beim Vorliegen mildernder Umstände auf Gefängnis nicht unter 6 Monaten statt wie bisher nicht unter 2 Jahren erkannt werden soll, wie es der V. E. auch bestimmt. Die Einzelarbeiten über den Vorentwurf zur Strafrechtsreform beschäftigen sich naturgemäß in erster Linie mit den die Unzurechnungsfähigkeit behandelnden Paragraphen. *Cramer* (3) betont in seiner Besprechung, daß der ganze Entwurf in den Gebieten, die den Arzt interessieren, den Eindruck einer Kompromißarbeit macht. Dies erklärt sich daraus, daß der V. E. im ganzen auf klassischem Boden steht, aber auch der modernen Schule Zugeständnisse macht, unter diesen sind die Vorschläge auf Einführung des bedingten Strafaufschubes und von sichernden Maßnahmen zwecks Vorbeugung der Kriminalität die wichtigsten. Auch die Einführung der Rehabilitation, Wiedereinsetzung genannt, ist neu. *Cr.* hält die besondere Anführung des Blödsinns als Strafausschließungsgrund im § 63 für entbehrlich, den Ausdruck Bewußtlosigkeit für nicht sinngemäß und zweckentsprechend. Er schlägt statt dessen Bewußtseinsstörung vor, da hierunter zahlreiche transitorische Formen von Geisteskrankheit (Dämmerzustände usw.) unterzubringen wären. Die Berücksichtigung der Grenzzustände bei der Beurteilung und im Strafvollzuge, die Möglichkeit einer Verwahrung unzurechnungs- und gemindert zurechnungsfähiger Krimineller auf Gerichtsbeschluß ist an dem V. E. zu loben, nur dürfen die Heil- und Pflegeanstalten nicht zu Strafvollstreckungsanstalten gemacht werden, wie es der Entwurf namentlich bei der Behandlung der Jugendlichen vorsieht. In § 224 müßte auch der schwachsinnigen Frauenspersonen neben den geisteskranken und bewußtlosen gedacht werden, weil gerade sie sich besonders häufig zum außerehelichen Beischlaf gebrauchen lassen. Die Strafschärfungen finden nicht den Beifall *Crs.*, der auch beklagt, daß die Vorteile des § 216 nur der unehelichen Mutter zukommen

sollen, obwohl doch bei ehelich Geschwängerten ebenfalls Situationen vorkommen können, welche zum Kindesmorde führen. In ausführlicher Weise bespricht auch *Willmanns* (25) den Vorentwurf, der sich in ähnlichem Sinne wie *Cramer* äußert. Er betont in der Kritik des V. E., daß die Möglichkeit, Unzurechnungsfähige in Zukunft besser als bisher zu verwahren, ein Ansteigen der wegen Geisteskrankheit Freigesprochenen herbeiführen würde, daß vor allem aber die Zahl der zu verwahrenden geistig Minderwertigen besonders groß sein würde. Diese dürften nicht in den öffentlichen Heil- und Pflegeanstalten verwahrt werden, in die sie nicht gehörten. Von den Trinkern würden die gemeingefährlichen nach dem V. E. den Heilanstalten überwiesen, dies sei die Mehrzahl, und die nicht gemeingefährlichen den Trinkerheilanstalten, und dies sei die Minderzahl. Von der Einweisung ins Arbeitshaus, die der Entwurf zur Besserung gewohnheitsmäßiger Rechtsbrecher vorsieht, verspricht sich *W.* nicht viel. *Ewald Stier* (20), der sich speziell mit der Trunksucht und Trunkenheit im V. E. befaßt, hebt hervor, daß die Bestimmungen über die Alkoholvergiftung ganz im Geiste der neuzeitlichen Errungenschaften aufgebaut sind, und hofft, daß sie trotzdem Gesetz werden. Besonders wichtig erscheint ihm, daß der Richter durch sie gezwungen ist, sich mit dem geistigen Zustand des Täters zur Zeit der Begehung der Tat zu befassen, und daß gegen Trunksüchtige ein Heilverfahren in einer Heilanstalt gerichtlich angeordnet werden kann, *Stier* vermißt aber genaue Bestimmungen darüber, wer die Trunksucht festzustellen hat. Die Begrenzung des Aufenthaltes in der Heilanstalt auf 2 Jahre hält er praktisch nicht für durchführbar, da nicht gesagt ist, was mit den rückfälligen Trinkern geschehen soll, die Entlassung müßte in jedem Falle nur auf Probe stattfinden, der Entlassene zwangsweise einem Abstinentenverein überwiesen werden können. Bei Rückfälligen müßte auch die Entmündigung angestrebt werden. Es ist bedauerlich, daß der Entwurf nur bei solchen Leuten die Einweisung zuläßt, die mindestens eine zweiwöchige Haft- oder Gefängnisstrafe zu verbüßen haben. Die Bestimmung wird dadurch zum Teil illusorisch, weil sie nach oben und nach unten zu eng begrenzt ist. Vielmehr müßten in allen Fällen, in denen Trunkenheit die Ursache einer Handlung ist und Trunksucht festgestellt ist, ohne Rücksicht darauf, ob der Täter verurteilt oder freigesprochen ist, eine zwangsweise Behandlung Trunksüchtiger stattfinden können. Die Bestimmungen des V. E.s über die Strafbarkeit der Trunkenheit als solcher billigt *Stier*, aber nicht die Beschränkung des Wirtshausverbots nur auf Verurteilte.

Die Bestimmungen über Unzurechnungsfähigkeit und verminderte Zurechnungsfähigkeit im V. E. werden auch von *Kahl* und *Leppmann* einer eingehenden Beleuchtung vom juristisch-psychiatrischen Standpunkte aus unterzogen. *Kahl* (13) beschäftigt sich hauptsächlich mit den geistigen Mängeln und den Verwahrungsmaßregeln im V. E. und zieht zum Vergleich die analogen Bestimmungen des schweizerischen und österreichischen Entwurfs heran. Ihm erscheint der österreichische Entwurf weitaus am besten, weil er die Begriffe der geistigen Mängel durch die Worte: Geistesstörung, Geistesschwäche oder Bewußtseinsstörung am genauesten bestimmt und außerdem die freie Willensbestimmung fortläßt. Die Beibehaltung dieses Begriffs im deutschen Entwurf



erscheint ihm geradezu bedenklich, er ist zum mindesten überflüssig, da es eine freie Willensbestimmung bei Bewußtlosigkeit überhaupt nicht geben kann. Der Ausdruck „selbstverschuldete Trunkenheit" im § 64 kann nach *Kahl* zu Zweifeln und Schlimmerem führen, er müßte durch das Wort fahrlässige Trunkenheit ersetzt werden. Wie *Kahl* weiter ausführt, kann auch der freigesprochene Trinker, der nicht gemeingefährlich ist, in einer Trinkerheilanstalt nach § 65 Abs. 2 zwangsweise untergebracht werden. Bei der Kritik der Bestimmungen über die geminderte Zurechnungsfähigkeit im V. E. meint *Kahl*, daß bei ihrer Abfassung der Ertrag der geistigen Arbeit, welche von Juristen und Psychiatern auf das Problem verwendet wurde, nicht voll ausgenutzt ist. Der Begriff „geminderte Zurechnungsfähigkeit" erscheint ihm ungenau, da es sich um Zurechnungsfähige mit geistiger Minderwertigkeit handelte. Die obligatorische Anwendung des Strafmaßes für den Versuch auf Minderwertige erscheint ihm willkürlich, namentlich den Jugendlichen gegenüber. Die Strafe kann an Minderwertigen in gewöhnlichen Anstalten vollzogen werden, wenn in ihnen entsprechende Abteilungen eingerichtet werden, unter allen Umständen müssen die Zurechnungsfähigen von den Geminderten getrennt behandelt werden. Es fehlen im V. E. Bestimmungen darüber, was mit den nicht gemeingefährlichen Minderwertigen geschehen soll. Diesen muß unter allen Umständen staatlicherseits Aufsicht zuteil werden, und dies geschieht am besten, wenn ihnen ein Pfleger gestellt wird. *Kahls* Korreferent *Leppmann* (13) stimmt im wesentlichen mit seinen Ausführungen überein. *Straßmann* (13) und *Bratz* (13) äußern Bedenken gegen die Einführung des Begriffs der geminderten Zurechnungsfähigkeit, weil sie fürchten, daß in Zukunft Geisteskranke zu Unrecht verurteilt werden könnten, indem man sie als gemindert zurechnungsfähig ansieht, und daß daraus für Gefängnisse die Schwierigkeit entstehen würde, Kranke, mit denen sie nicht fertig werden könnten, aufzunehmen. Andererseits würden die Minderwertigen die Verwahrung nur als weitere Strafe ansehen und daraus ein großes Maß unnötiger Verbitterung entstehen. *Straßmann* (21) macht deshalb an anderer Stelle den Vorschlag, im neuen Strafgesetz die noch zurechnungsfähigen Personen mit geistigen Defekten an der Stelle besonders hervorzuheben, wo von besonders leichten Fällen gesprochen wird (§ 83 d. V. E.). Die Möglichkeit der Nachbehandlung durch Anordnung weiterer Verwahrung soll dem erkennenden Gericht zugesprochen werden, die Bestimmungen über die Art der Ausführung würde am besten in einem besonderen Gesetz über den Strafvollzug unterzubringen sein. *Heinicke* (8) macht darauf aufmerksam, daß ein Zuzug geistig minderwertiger, krimineller Elemente den Heil- und Pflegeanstalten höchst unerwünscht sein muß, eine Ansicht, die von allen, die sich mit dieser Materie beschäftigen, geteilt wird.

Das klinische Bild der Grenzzustände steht nach *Cramer* (4) fest, und sie müssen demnach im Strafvollzuge berücksichtigt werden. Die Tendenz, Leute, welche an Grenzzuständen leiden, aus dem Strafvollzuge in die Irrenanstalten abzuschieben, ist nicht zu billigen, denn damit würden die Anstalten für Kranksinnige aus Heilanstalten zu Strafvollzugsanstalten. Vielmehr müssen die Grenzzustände im Strafvollzuge verbleiben, und dieser muß nur so weit modi-



fiziert werden, daß er ohne Schaden für die Gesundheit des Bestraften durchgeführt werden kann. Die Todesstrafe kann unbedenklich auch an solchen Leuten vollstreckt werden, welche nur einzelne psychopathische Züge aufweisen, aus denen die Diagnose eines ausgesprochenen Grenzzustandes nicht gestellt werden kann. Epileptiker können unbedenklich verurteilt werden, wenn nicht nachgewiesen wird, daß bei ihnen zur Zeit der Begehung der Tat eine komplizierende Geistesstörung vorlag, Neurasthenie, Nervosität und Hysterie werden nach denselben Regeln zu behandeln sein. Die *Debilen* können zum Teil unbedenklich bestraft werden, sie stellen oft im Strafvollzuge die willigsten Elemente, andere freilich, bei denen eine ausgesprochen degenerative Veranlagung vorhanden ist, werden die größten Schwierigkeiten machen. Die Schlimmsten sind die Degenerierten ohne Intelligenzdefekt, die in der Verbrecherwelt eine Rolle zu spielen pflegen und in der Haft zu Widersetzlichkeit, Aggravatien und Simulation, aber auch zu transitorischen, psychischen Erkrankungen neigen. Energie und Strenge macht aber auch sie zu geeigneten Objekten des Strafvollzuges, man muß sich nur hüten, Schwäche ihnen gegenüber zu zeigen und ihrer Neigung, den wilden Mann zu spielen, nicht zu viel Beachtung schenken. Leute, die an den Folgen eines Traumas leiden, sei es an Hysterie oder Neurasthenie oder an sog. traumatischer Charakterveränderung, können unbedenklich dem Strafvollzuge übergeben werden. Die Frage, ob die Grenzzustände sich zum Strafvollzug eignen, läßt sich nicht generell beantworten. Es ist nötig, jeden einzelnen Fall darauf besonders zu prüfen. Dabei werden sich eine ganze Reihe von Leuten finden, denen der Strafvollzug nichts schadet, vor denen die Gesellschaft also auch mit den vorhandenen Mitteln wenigstens temporär geschützt werden kann, den Grenzzuständen wird aber erst dann ihr völliges Recht zuteil, wenn die lex ferenda Zwischenanstalten schafft, in denen solche Individuen so lange einer strafrechtlichen Behandlung unterworfen werden, als ihr Zustand dies erforderlich macht. Der gegenwärtige Zustand entspricht dem Stande unseres Wissens noch nicht.

Mit den jugendlichen Verbrechern im gegenwärtigen und zukünftigen Strafrecht befassen sich die Arbeiten von *Ernst Schultze* (18) und *Weygandt* (24). Dieser zählt nur die in Betracht kommenden Paragraphen mit kurzer Kritik auf, *E. Schultze* bringt in einer 74 Seiten starken Schrift alle einschlägigen Bestimmungen nach der jetzigen und zukünftigen Rechtslage zur Darstellung. Er betont in der Einleitung das weitgehende Interesse, das die Frage der Beurteilung der Jugendlichen in allen Ständen und Berufen gefunden hat, und geht bei der Besprechung der jetzigen Rechtslage zunächst mit dem Diszernement ins Gericht, tadelt namentlich das Verfahren, wie es jetzt zur Feststellung der Einsicht vor Gericht gehandhabt wird. Wer die zehn Gebote kann, hat im allgemeinen die nötige Einsicht. An die Möglichkeit, daß auch Jugendliche geisteskrank im Sinne des § 51 sein können, wird viel zu wenig gedacht. Eine eingehende Behandlung widmet er der Frage, was mit den nach § 56 Freigesprochenen geschieht, i. e. der Fürsorgeerziehung. Die Verurteilten sollten nicht mit anderen Gefangenen zusammenkommen, überhaupt sollte von vornherein der Staatsanwalt weniger oft einschreiten und die Öffentlichkeit in den Verhandlungen ausgeschlossen werden.



Am Schlusse der Besprechung der jetzigen Rechtslage stehen Ausführungen über die Erfolge der bedingten Begnadigung und der Tätigkeit der Jugendgerichte. Der zweite Teil der *Schultze*schen Schrift beschäftigt sich mit den Bestimmungen des Vorentwurfs über die Jugendlichen, erörtert die Vorschriften über den Versuch, die bei ihnen zur Anwendung kommen, die Fälle, in denen auf eine besonders leichte oder gar keine Strafe erkannt werden kann und den Strafaufschub, die Vollstreckung der Strafe in besonderen Abteilungen und die Erziehungs- und Besserungsmaßnahmen. Auch der neue Entwurf der Strafprozeßordnung findet eine eingehende Besprechung, in der *Schultze* alles zusammenfaßt, was an staatlicher und privater Fürsorge auf diesem Gebiete geschehen ist. Den Schluß bildet ein Appell an alle Beteiligten zur Mitarbeit. Ein Anhang bringt zahlenmäßiges Material über die Verurteilungen, den Anteil der Jugendlichen, die gültigen Bestimmungen des Strafgesetzbuches, Ministerialverfügungen, die sich auf Jugendliche beziehen u. a. m.

Weller (23) begründet eingehender als es sonst geschieht und klar den § 224 unseres heutigen StGB., der die sogen. schwere Körperverletzung betrifft. In dem bereits vollständig veröffentlichten allgemeinen Teil erörtert er eingehend den Kausalnexus. Der Zustand, der unter § 224 fällt, muß dauernd, wahrscheinlich unheilbar und zur Zeit der Gerichtsentscheidung bereits eingetreten sein. (*Ernst Schultze*-Greifswald.)

Magnus Hirschfeld (9) unterzieht den § 250 des Vorentwurfs, der dem bisherigen § 175 in verschärfter Form entspricht, einer Kritik, in der er warm für Straflosigkeit der Homosexuellen eintritt und auf viele Schwierigkeiten hinweist, die aus rachsüchtigen Anzeigen ehrsamen Leuten entstehen können.

Juliusburger (11) tadelt in scharfen Worten, daß der Vorentwurf die Todesstrafe beibehält, Strafverschärfungen einführt, den § 175 auch auf das weibliche Geschlecht ausdehnt, anstatt ihn zu beseitigen, und für Trunkenheit das Wirtshausverbot einführt, während er den privilegierten Mord i. e. Zweikampf milde behandelt, und bei Trinkern und geistig Minderwertigen Strafe und Behandlung verquickt. Die freie Willensbestimmung muß aus dem Strafrecht verschwinden, dafür sollen Physiologie und Psychologie, Biologie und Anthropologie ihren Einzug halten. Überhaupt vermißt *J.* die monistische Weltanschauung und das Kausalitätsprinzip im V. E., in dem das Vergeltungsprinzip, das längst überwundene, noch immer triumphiert.

Schaefer (17) erwähnt, daß bei Laien und Fachleuten große Unklarheit über den Begriff des Diszernements nach § 56 StrGB. herrscht, und führt zahlreiche Fälle, die er zumeist der Tagespresse entnimmt, dafür an.

Forster (6) bringt eine Reihe interessanter Fälle, in denen es sich um die Beurteilung von Dämmerzuständen handelte. Ein Angeklagter widerrief sein Geständnis und wollte von seiner Aussage, überhaupt davon, daß er im Gefängnis wäre, plötzlich nichts mehr wissen, er müßte im Dämmerzustande ausgesagt haben. Da er über eine andere Sache zu derselben Zeit, in der er sich in dem Dämmerzustande befunden haben wollte, genau orientiert gewesen war, konnte nachgewiesen werden, daß eine solche Bewußtseinsstörung nicht bei ihm vor-

gelegen hatte. Er hätte sowieso verurteilt werden müssen, weil es sich nur um eine Bewußtseinsstörung zur Zeit des Geständnisses, nicht aber zur Zeit der Straftat gehandelt hätte. In einem zweiten Falle konnte das Vorhandensein eines Dämmerzustandes festgestellt werden, trotzdem der Angeklagte, ein Musiker, pünktlich zur Oper erschienen war und seine Partie bis zu Ende gespielt hatte. Er war aber dabei seinen Kollegen aufgefallen, hatte oft falsch gespielt und mußte gegen seine Art oft von ihnen unterstützt werden. Manchmal kommt es auch vor, daß Leute aus irgendwelchen Gründen, z. B. des Fortkommens, tatsächlich vorhanden gewesene Dämmerzustände ableugnen. Das Fehlen der Amnesie braucht nicht immer gegen D. Z. zu sprechen. So stellte sich heraus, daß ein junger Mann, der auffallende Handlungen, schließlich Sittlichkeitsverbrechen begangen hatte, dem Arzte gegenüber verschwiegen hatte, daß er seit der Kindheit an epileptischen Krämpfen litt. Da auch keine Amnesie vorhanden war, wurde bei den ersten auffälligen Handlungen kein D. Z. angenommen, der aber wohl sicher vorgelegen hatte.

Forster teilt weiter einen Fall von Morphiumdelikt (5) mit. Es handelte sich um einen Psychopathen, der Rezepte gefälscht hatte, um Morphium zu bekommen. Solche Personen dürfen nur dann den Schutz des § 51 genießen, wenn sich bei ihnen so tiefgreifende Veränderungen der Gesamtpersönlichkeit finden, daß sie als Geistesstörung anzusehen sind. Andere, die etwa nur in der gehobenen Stimmung zu Beginn des Morphiumrausches Strafhandlungen begehen, fallen nicht unter den § 51, ebensowenig, wie dies bei leicht Angetrunkenen der Fall sein würde. Die Frage, ob ein Morphinist, wenn er infolge Morphiumhungers sich auf unredliche Weise Morphium verschafft, unter dem Einfluß eines unwiderstehlichen Zwanges handelt (§ 52), würde *Forster* verneinen, da eine gewisse Überlegung wie auch in diesem Falle noch vorhanden zu sein pflegt.

Marx (14) spricht über die freie Willensbestimmung beim Familienmorde und teilt einen Fall mit, in dem eine belastete, psychopathische Mutter nach einem Wortwechsel mit ihrem Manne ihr Kind durch Morphium vergiftet und sich selbst durch Aufschneiden der Pulsader zu töten versucht hatte. Sie war zur Zeit der Tat schwanger. *Marx* kam zu dem Gutachten, daß die Person infolge ihrer Disposition auf ihre Affekte stärker als andere reagierte, im übrigen aber zurechnungsfähig wäre, wie dies auch aus der Art der Tat hervorgehe. Er knüpft an diesen Fall eine Besprechung des § 63 des V. E.s und tritt für Beibehaltung der freien Willensbestimmung ein.

Einen sehr interessanten Beitrag zur Kasuistik des § 224 StrGB. (Verfall in Geisteskrankheit nach Körperverletzung) liefert *Mönkemöller* (15). Ein Musketier, der von mehreren „alten Leuten" schwer durch Faustschläge auf den Kopf mißhandelt war, erkrankte im unmittelbaren Anschluß an die Mißhandlung an ausgesprochener Geisteskrankheit, ohne daß ein Bewußtseinsverlust oder eine andere schwere Ausfallserscheinung zwischen Mißhandlung und Psychose aufgetreten war. Befunde am Nervensystem ließen darauf schließen, daß es zu einer organischen Veränderung des Gehirns infolge der Mißhandlung gekommen war. Die Psychose, welche sich entwickelte, wurde anfangs als traumatische Hysterie, dann als Dementia praecox gedeutet, bei der ersten wäre die Mißhandlung als



ausschließliche Ursache, bei der Dementia praecox nur als auslösendes Moment, als Mitursache, in Frage gekommen. Dies ist ein großer forensischer Unterschied, und es kam deshalb in diesem Falle auch auf eine genaue Diagnosenstellung an, da von ihr die Schwere der Bestrafung der Täter abhing.

Haldy (7) veröffentlicht im Pitaval der Gegenwart zwei interessante Strafrechtsfälle. Es handelt sich um Anklagen wegen Mordes ohne objektiven Tatbestand. Die erste war zustande gekommen durch ein Gerede der Mitbewohner im Hause der Angeklagten, sie sei schwanger und habe geboren. Die Angeklagte, eine geistig Minderwertige oder geisteskranke Person gab dem Gendarmen und dem Richter zu, sie habe geboren, das Neugeborene im Tränkeimer ertränkt und vergraben. Sie wurde zum Tode verurteilt, das Verfahren aber wieder aufgenommen, als Zweifel an ihrer geistigen Gesundheit zur Zeit der Begehung der Tat entstanden. Inzwischen zeigte die Verurteilte auch im Gefängnis die Symptome einer Melancholie, außerdem widerrief sie, die bis dahin alles zugegeben hatte, was man sie fragte, plötzlich ihr Geständnis und behauptete, sie wäre nicht schwanger gewesen und hätte auch nicht geboren. Es entstand nun eine große Schwierigkeit insofern, als die Angeklagte niemals ärztlich untersucht war, außer dem widerrufenen Geständnis aber keine Beweismittel vorhanden waren. Nach langen Verhandlungen und wiederholten psychiatrischen Begutachtungen wurde die Angeklagte freigesprochen. Es ist mehr als wahrscheinlich, daß es sich in diesem Falle um die Erhebung einer Anklage auf Mord gehandelt hat, die sich, wenigstens in der Hauptsache, allein auf die Selbstanklagen und Unwürdigkeitsideen einer schwachsinnigen Melancholica stützten. Es muß als sehr bedenklich bezeichnet werden, daß seitens des beweiserhebenden Richters nicht sofort eine ärztliche Untersuchung angeordnet ist, ob die Angeklagte schwanger gewesen war oder nicht. Diese Untersuchung hätte in diesem Falle ebenso rasch Klarheit schaffen können, wie in dem zweiten den *Haldy*, mitteilt. Auch hier war die Anklage auf Tötung des ehelichen Kindes erhoben und gegen den Ehemann auf Beihilfe bei der Beseitigung des Kindes, und zwar wieder auf ein Gerede der Nachbarn hin, nachdem die Frau ihrem Ehemann erzählt hatte, sie hätte geboren und das Kind vergraben. Es stellte sich heraus, daß die Frau nicht geboren haben konnte, und sie gestand, sie hätte das Ganze nur erfunden, weil man sie allgemein für schwanger gehalten und sie selbst geglaubt hätte, ihr Mann könnte ihr böse sein, wenn herauskäme, es wäre nicht wahr. Auch diese Frau war minderwertig, sie galt überall als beschränkt.

Raecke (16) berichtet über einen neurasthenischen Maschinisten, der, schon in gesunden Zeiten empfindlich, durch eine verletzende, tadelnde Äußerung seines Vorgesetzten aus dem seelischen Gleichgewicht gebracht wurde; ein Zustand tiefer Bewußtlosigkeit stellte sich ein. Der Zeitpunkt des Eintritts der krankhaften Geistesstörung ließ sich nicht sicher angeben: das Verfahren wurde eingestellt.

(*Ernst Schultze*-Greifswald.)

Die Abtreibung der Leibesfrucht in der lex ferenda findet eine eingehende Besprechung durch *Horch* und *v. Franqué* (10). Der juristische Teil ist von *Horch*, er enthält eine übersichtliche historische Entwicklung und eine



Gegenüberstellung der heutigen Anschauungen über den Begriff und die juristische Stellung der Abtreibung. *H.* glaubt nicht, daß die Strafbarkeit der Abtreibung in absehbarer Zeit aufgehoben wird und kann sie als Jurist nicht befürworten. Er verlangt aber, daß der in pflichtgemäßer Ausübung seines Berufes zur Abtreibung schreitende Arzt durch eine spezielle Bestimmung gegen Strafverfolgung zu schützen ist. *v. Franqué* ist der Ansicht, daß die medizinische Wissenschaft keine Gründe für und wider die Aufhebung des Abtreibungsparagraphen liefern kann. Zwar ist ein künstlicher Abort im 1. oder 2. Schwangerschaftsmonat weniger gefährlich, als eine normale Geburt, aber die Medizin hat sich nur darum zu kümmern, ob die Schwangerschaft etwa bei kranken Graviden zu unterbrechen ist, die gesunde Gravida geht sie nichts an. Von den in der Literatur am häufigsten angeführten Gründen, welche die Unterbrechung einer Schwangerschaft rechtfertigen sollen bei Vergewaltigung, aus sozialer Indikation, aus rassehygienischen Gründen und auf Grund ärztlicher Indikation, wegen des Gesundheitszustandes der Mutter, können die ersten drei Punkte keine Unterstützung seitens der Medizin finden. Also auch die Möglichkeit der Annahme, das zu erwartende Kind könnte in Rücksicht auf Krankheiten der Eltern (Geisteskrankheit, Epilepsie) degenerieren, ist nicht Grund genug, weil die Bestimmtheit einer solchen Annahme nie vorliegt. Dagegen ist die Unterbrechung mit Rücksicht auf die Mutter vom Arzte und Juristen zu billigen, und deshalb müßte sie auch gesetzlichen Schutz finden.

III. Kriminal-Anthropologie und -Psychologie.

1. *Adam, A.* (Bourg), Documents de médecine légale. Deux cas de folie à deux, l'un de délire processif et l'autre de persécution avec tendances persécutrices. Ann. médico-psychol. 68. année. Nr. 2, p. 216.
2. *Anton, G.*, Über krankhafte moralische Abartung im Kindesalter und über den Heilwert der Affekte. Jur.-psych. Grenzfr. Bd. 7, H. 3, S. 3—30. (S. 48*.)
3. *Auszterveil*, De l'état mental des vagabonds et des mendiants au point de vue médico-légale. Journ. de médecine de Paris Nr. 6. (S. 47*.)
4. *Austerweil, Ladislaus*, Über den Geisteszustand der Landstreicher vom gerichtsärztlichen Standpunkte. *Friedreichs* Bl. H. 4 5.
5. *Babinsky, J.*, De l'hypnotisme en thérapeutique et en médecine légale. Sem. méd. 1910. Nr. 30.
6. *Birkigt, C.* (Bautzen), Straffällige Schulknaben in intellektueller, moralischer und sozialer Beziehung. 42 S. 0,65 M. Langensalza 1910. H. Beyer. (S. 48*.)



7. *Boas*, *K.* (Rostock i. M.), Forensisch-psychiatrische Kasuistik. Arch. f. Kriminalanthrop. u. Kriminalistik 1910, Bd. 37, H. 1 bis 2, S. 1—114.

8. *Dammann*, Moderne Sensationsprozesse. 57 S. 0,60 M. Leipzig 1910. Baß u. Co. (S. 49*.)

9. *Eulenburg*, *A.* (Berlin), Kriminalpsychologie und forensische Medizin. Med. Klinik 1910, Nr. 25, S. 990.

10. *Fillassier*, Dégénérescence mentale avec perversions sexuelles: onanisme: obsessions, impulsions à l'exhibitionnisme. Bulletin de la société clinique de médecine mentale 1910, 3e an., Nr. 2, S. 55—58.

11. *Fischer*, *J.*, Die „Moral insanity" vom klinischen und forensischen Standpunkte. Gyógyászat 1910, Nr. 50, S. 168.

12. *Flagoumié*, Les prétendus stigmates anatomiques de la criminalité. La clinique vom 16. September 1910.

13. *Garçon*, *M. E.* (Paris), L'état dangereux. Revue de psych. Nr. 11, p. 442.

14. *Garnier*, *S.* (Dijon), L'affaire d'incendie de la Villeneuve-aux-Fresnes au point de vue médico-legal. Ann. méd.-psychol. 1910, Nr. 1, S. 56.

15. *Gerlach* (Königslutter), Der Fall Pastor Lang. Anonyme und pseudonyme Briefschreiberei. Psych.-neurol. Wschr. 1910. 12. Jahrg., Nr. 16, S. 151.

16. *Giné y Marriera*, *A.* (Barcelona), Caso de demencia precoz. — Reconocimiento é informe pericial, ordenados por el juzgado, para decider la conveniencia de la reclusión definitiva. Revista frenopática Español año 8, núm. 87, p. 65.

17. *Glos*, *A.* (Olmütz), Ein Messerstecher. H. Groß' Arch. Bd. 38, H. 1 u. 2, S. 18.

18. *Göring*, *M. H.* (München), Ein hysterischer Schwindler. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. H. 2, S. 251. (S. 49*.)

19. *del Greco*, *F.* (Como), Il maggior capitolo dell' antropologia criminale Il Manicomio 1910, Bd. 26, Nr. 1, S. 43.

20. *Hennig*, *R.* (Berlin-Friedenau), Zur Kritik des Doppelgängerproblems und des „Falles Sagée". Ztschr. f. Psychother. u. Psychol. 1910, Bd. 2, H. 1.

21. *Hermann* (Merzig), Die pathologischen Persönlichkeiten im Lichte neuer Forschungen. Mtschr. f. Kriminalpsychol. u. Strafrechtsref. 7. Jahrg. 1910, H. 4, S. 220.
22. *Hirschfeld*, *Magnus* (Berlin), Die Transvestiten. Eine Untersuchung über den erotischen Verkleidungstrieb. Berlin, Alfr. Pulvermacher & Co. 562 S. 10 M. (S. 46*.)
23. *Hughes*, *C. H.* (St. Louis), The homicidial and suicidial fulminations of depressive neurasthenia. The alienist and neurologist. 1910, Vol. 31, Nr. 3, S. 388.
24. *John*, *Karl* (Tübingen), Hypomanie u. Querulantenwahn. Vjhrschr. f. gerichtl. Med. 1910, Bd. 39, H. 1, S. 58—113.
25. *Juarros*, *César* (Madrid), La alienación mental y los alienados en el ejército. Revista frenopatica española 1910, Nr. 90, S. 178 bis 182.
26. *Juliusburger*, *O.* (Steglitz), „Der Sexualverbrecher" (von Staatsanwalt Dr. Erich Wulffen). Neurol.Zentralbl. 1910, Nr. 11, S. 46.
27. *Iterativo*, La esterilización de los alienados y criminales. Gazeta médica del Norte, Num. 189, p. 272.
28. *Kiernan*, *Jas. G.* (Chicago), A medico-legal phase of autoerotism in women. The Alienist and neurologist Bd. 31, Nr. 3.
29. *Köhler*, *F.* (Holsterhausen-Werden), Psychopathologie der Tuberkulose und ihre kriminelle Bedeutung. Ztschr. f. Tuberk. Bd. 15, H. 1.
30. *Köster*, *H.*, Zur Lehre vom Querulantenwahnsinn. Diss. Kiel. (S. 49*).
31. *Ladame*, *P.* (Genf), Sinistrose et simulation. Schweiz. Ztschr. f. Unfallmed. u. Jurisp., 4. Jahrg., Nr. 5.
32. *Lagriffe*, *L.* (Quimper), Les fugues et le vagabondage. Ann. méd.-psychol. 1910 (Juli-August), 68 année, Nr. 1, S. 81.
33. *Lanessan*, *de*, La lutte contre le crime. Paris, Alcan. 304 S. 6 fr. (S. 46*.)
34. *Latapie*, Note sur les aliénés refoulés d'Amérique et débarqués au port de Saint-Nazaire. L'encéphale, 5 an., Nr. 10, p. 297.
35. *Lemonnier*, Fous et demi-fous criminels. Année médicale de Caen, Juli 1910.
36. *Leroy*, Un cas de simulation. Bulletin de la société clinique de médecine mentale 1910, 3e an., Nr. 1, S. 22—27.

37. *Lochte* (Göttingen), Das Verbrechen, seine Ursache und seine Bekämpfung. Klin. Jahrb. 22, S. 395. (S. 46*.)

38. *Löwy, M.* (Marienbad), Beitrag zur Lehre vom Querulantenwahn. Zentralbl. f. Nervenheilk. u. Psych. 1910, 33. Jahrg., Nr. 303, S. 81.

39. *Maere* (Gent), La folie processive ou quérulante (Querulantenwahnsinn) ou Paranoia querulans des Allemands. Bull. de la Soc. de Med. ment. de Belgique Nr. 149, S. 58.

40. *Marti y Julia, D. D., Rodriguez-Morini, D. A. R., Giné y Marriera, D. A.* (alle drei Barcelona), Caso de incapacidad mental. Revista frenopatica Española, Año 8, Num. 85, p. 1.

41. *Meier, Margarete* (Zürich), Beitrag zur Psychologie des Kindesmordes. Arch. f. Kriminalanthrop. u. Kriminalistik 1910, Bd. 37, H. 3 u. 4, S. 313. (S. 49*.)

42. *Mörchen, Friedr.* (Ahrweiler), Über degenerierte Frauen höherer Stände. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 4, H. 1, S. 108. (S. 49*.)

43. *Momm, W.*, Zur Lehre von den epileptischen Dämmerzuständen mit Wandertrieb. Inaug.-Diss. Kiel 1910.

44. *de la Motte, W.*, Beitrag zur Lehre von den Gefängnispsychosen. Inaug.-Diss. Kiel 1910. (S. 49*.)

45. *Nadastiny, Fr.*, Untermenschen oder Narren? Eine kriminalpsychologische Kritik der klinischen Lehre vom Verbrecherseelenleben. 170 S. 3 M. Wien 1910, Karl Konegen.

46. *Näcke, P.* (Hubertusburg), Über Kleiderfetischismus, anknüpfend an einen seltenen Fall von Unterrocks-Fetischismus. Arch. f. Kriminalanthrop. u. Kriminalistik 1910, Bd. 37, H. 1—2, S. 160—175. (S. 47*.)

47. *Neter, E.*, Der Selbstmord im kindlichen und jugendlichen Alter. 22 S. 0,40 M. Langensalza 1910, Beyer u. Söhne. (S. 48*.)

48. *Pagnier, A.*, Le vagabond. 244 S. 3,50 fr. Paris 1910, Vigot.

49. *Papadaki*, La résponsabilité attenuée et l'avant-projet de code pénal fédéral suisse. Journ. de Neurol. (Belgique) 1910, Nr. 9, S. 161.

50. *Perrier, Ch.* (Nimes), Le buste et ses rapports avec la taille chez les criminels. Archives d'Anthropologie criminelle et de Médecine légale Nr. 201—202.



51. Der Pitaval der Gegenwart (*Glaser*, *Gr. Beier*, *Reuss*, Totschläger und Mörder, *Amsehl*, *A.*, Die Freundin bestohlen). Tübingen, J. C. B. Mohr (Paul Siebeck). S. 209—316. 1,60 M.

52. *Pollitz*, *P.* (Düsseldorf), Strafe und Verbrechen. Geschichte und Organisation des Gefängniswesens. Aus Natur und Geisteswelt Bd. 325. Leipzig, Teubner. 140 S. 1 M. (S. 45*.)

53. *Régis*, *E.*, Un cas de sursimulation. Archives d'anthropologie criminelle 25, 42, 1910.

54. *Reichel*, *Hans*, Brandstiftung aus Heimweh. H. Gross' Arch. Bd. 36, H. 3 u. 4, S. 193. (S. 49*.)

55. *Rentoul*, *R.*, Stérilisation proposée de certaines personnes atteintes de dégénérescence intellectuelle. Archives d'anthropolog. crim. 25, 516, 1910. Ref. Alzheimer Referate Bd. 2, H. 1, S. 61.

56. *Rentoul*, *Robert*, Dégénérescence et stérilisation. Archives internationales de neurologie, avril 1910, No. 4, p. 233. Ref.: Neurol. Zentralbl. 1910, Nr. 16, S. 886.

57. *Riera*, *J. G.* (Zaragozza). Documentos medico-legales. Un caso de demencia paranoide. Un caso de dipsomania. Revista frenopática Española año 8, num. 96, p. 357.

58. *Rodriguez Méndez*, *R.*, Caso de demencia terminal (Documentos médi-legales). Revista frenopatica española año VIII, 1910, No. 89, p. 129.

59. *Rougé*, *Calixte* (Limoux), Consultation medico-légale sur le cas d'un vieillard de quatre-vingt-quatre ans inculpé d'assassinat. Psychoses de la vieillesse. Observations. Ann. méd.-psych. Nr. 3, p. 398.

60. *Rupprecht*, *K.* (München), Zur Psychologie des jugendlichen Verbrechers der Großstadt. Münch. med. Wschr. 1910, Nr. 30, S. 1592—1596. (S. 47*.)

61. *Skliar*, *N.* (Tambow), Über die obsedierenden sakrilegischen Vorstellungen und die Versuchungsangst. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 1, H. 4, S. 469, 1910.

62. *Stoeltzner*, *W.* (Halle a. S.), Moralischer Schwachsinn im Kindesalter. Med. Klinik 1910, Nr. 5, S. 167. (S. 47*.)

63. *Svenson*, *Frey* (Upsala), Psychopathische Verbrecher. H. Gross' Arch. 1910, Bd. 37, H. 3 u. 4, S. 209.



64. *Tamburini*, *A.* (Rom), I periti medici nei processi penali e le perizie psichiatriche. Rivista sperimentale di freniatria. vol. 36, fasc. 3.

65. *Tramonti*, *Ernesto*, Le tendenze criminali nei fanciulli deficienti. Rivista Sperimentale di freniatria 1910, vol. XXXVI, p. 204—253.

66. *Vallet*, *J.*, De la protection legale de la santé de l'aliéné en droit comparé. Paris, Masson. p. 216. Ref.: Revue de psych. 10, p. 432.

67. *Weinberg* (Berlin), Über den Einfluß der Geschlechtsfunktionen auf die weibliche Kriminalität. Jur.-psych. Grenzfr. Bd. 6, H. 1. Ref.: Ärztl. Sachv.-Ztg. 1910, Nr. 16, S. 338.

68. *Wulffen*, *E.*, Der Sexualverbrecher. 728 S. 18 M. Berlin - Groß-Lichterfelde 1910, Dr. Paul Langenscheidt. (S. 46*.)

69. *Wulffen*, *Ernst*, Das Kriminelle im deutschen Volksmärchen. H. Gross' Arch. Bd. 38, H. 3 u. 4, S. 340. (S. 46*.)

70. *Zingerle*, *H.*, Über das Greisenalter in forensischer Beziehung. H. Gross' Arch. Bd. 40, H. 1 u. 2, S. 1. (S. 47*.)

Pollitz (52) hat es verstanden, auf dem kleinen Raume von 140 Oktavseiten eine vorzügliche Darstellung der Beziehungen von Strafe und Verbrechen und der Geschichte und der Organisation des Gefängniswesens zu geben. Nach einer kurzen Einleitung, welche Kriminalpolitik und Strafvollzug behandelt, gibt *P.* im ersten Kapitel eine geschichtliche Entwicklung der systematisierten Freiheitsstrafe, welche den Strafvollzug der meisten europäischen Länder und der Vereinigten Staaten umfaßt. Im zweiten Kapitel folgt eine kurze Schilderung der mittelalterlichen Strafrechtsdoktrin, der absoluten, relativen und Vereinigungstheorien und der klassischen, positiven und soziologischen Strafrechtsschule. Das dritte Kapitel ist dem Strafvollzuge und seiner Organisation gewidmet, wie er in Deutschland gehandhabt wird, in dem die einzelnen Strafarten, die Beschäftigung der Gefangenen, ihre Gesundheitspflege und die Kosten des Baus und der Unterhaltung von Strafanstalten eine kurze, anschauliche Schilderung finden. Das vierte Kapitel gibt die Erfahrungen wieder, die man in England, Frankreich und Rußland mit der Deportation gemacht hat und kommt zu dem Schlusse, daß die Deportation für Deutschland nicht anzuwenden ist, da sie mit ungewöhnlichen Kosten verknüpft ist, die auf sie gesetzten Erwartungen aber in keinem der drei Länder erfüllt hat. Die Bekämpfung des Verbrechens durch sichernde Maßnahmen und andere Reformen bilden den Schluß des Werkchens. Es ist als ein ganz besonderes Verdienst des Verfassers anzusehen, daß er dieses wichtige Kapitel gemeinverständlich dargestellt hat. Es fehlt nicht an Werken über das Thema, sie sind aber meist viel zu umfangreich und teuer, als daß sie eine weitere



Verbreitung finden könnten. Mit um so größerer Freude muß man es begrüßen, daß *P.* durch seine Stellung als Strafanstaltsdirektor und Arzt und durch frühere Werke hierzu ganz besonders befähigt erscheint, sich der Mühe unterzogen hat, seine großen praktischen Erfahrungen und literarischen Kenntnisse über dies alle Gebildeten interessierende Thema, in kurzer, klarer Form jedermann zugänglich zu machen.

Lochte (37) hat in seiner Arbeit über das Verbrechen, seine Ursachen und seine Bekämpfung die letzten Ergebnisse der Forschung über dieses Kapitel zusammengestellt. Auch eine eingehende Übersicht der von Behörden und Privaten bisher unternommenen praktischen Maßnahmen auf diesem Gebiet findet sich in der Arbeit.

Lanessan (33), ehemaliger französischer Minister, von Beruf Jurist, der viel von der Welt gesehen hat, sieht in dem Verbrecher in erster Linie das Produkt des Milieus. *Lombroso* und *Darwin* finden vor seinen Augen keine Gnade, ererbte verbrecherische Neigungen gibt es nicht. Erziehung des Kindes ist deshalb die Hauptsache im Kampfe gegen das Verbrechen, sie ist von Staats wegen vorzunehmen, wo das Elternhaus versagt.

Wulffens Sexualverbrecher (68) ist ein Buch, das wie alle Werke *W.*s von fabelhafter Belesenheit und großer Darstellungsgabe zeugt. Ein immenses Material an biologischen, psychologischen, kriminalistischen und forensisch-psychiatrischen Tatsachen ist in dem Werke zusammengetragen, durch das die Sexualpathologie in umfassender Weise geschildert wird. Auch der große Einfluß der Sexualität im menschlichen Leben und auf die Kultur wird berücksichtigt. Die *Freud*sche Theorie und die Handschriftendeutung überschätzt *W.* vielleicht etwas. Das Buch ist vortrefflich ausgestattet, reich illustriert und zeichnet sich wie alle im Langenscheidtschen Verlage erschienenen Werke durch vorzüglichen Druck aus. Die Darstellung des Kriminellen im Volksmärchen von demselben Verfasser (69) verdient ebenfalls volles Lob. Besonders gut ist die Schilderung des Unterschiedes der psychologischen Einwirkung auf die Jugend, der zwischen Märchen und Schundroman besteht, das Sexuelle wird auch in diesem Aufsatze wieder zu stark in den Vordergrund gerückt.

Magnus Hirschfelds (22) Buch über die Transvestiten wird eine sehr verschiedene Beurteilung in der Literatur finden. Es bringt 17 Fälle, in denen Personen (16 Männer, 1 Frau) die Kleidung des anderen Geschlechtes anlegten. Alle erklärten, sie fühlten sich nur in dieser Kleidung wohl, das Tragen der ihnen zukommenden Kleidung verursachte ihnen Unlustgefühle. Da diese Empfindungen nach *H.* bei den Betreffenden triebartig auftraten, bei den meisten bis in frühe Jugend sich zurückverfolgen ließen, glaubt *H.* einen besonderen Geschlechtsverwandlungstrieb bei den Leuten annehmen zu müssen, den er als Transvestitismus bezeichnet. Mit Homosexualität, Autoerotismus, Fetischismus und Masochismus hat der Transvestitismus nach *H.* wohl Berührungspunkte, ist aber deutlich von ihnen getrennt, näher steht er den Zwangsvorgängen, gehört aber seinem Wesen nach zu den sexuellen Zwischenstufen. *H.* hat ein großes literarisches Material zur Begründung seiner Ansicht zusammengetragen.



Näcke (46) berichtet über Kleiderfetischismus eines schwer belasteten Degenerierten, der Lues gehabt hatte und später Paralytiker wurde. Dieser Mann hatte früh onaniert, die Onanie auch während der Ehe fortgesetzt und sich in Zeiten psychischer Verstimmung, die anfallsweise bei ihm auftraten, Unterröcke gestohlen und sie angezogen. Auch die Unterröcke seiner Frau hatte er zeitweilig zur Erhöhung der onanistischen Libido angelegt.

In *Zingerles* Aufsatz (70) über die forensische Bedeutung des Greisenalters findet sich neben einer kurzen Darstellung der psychopathologischen Veränderungen, welche das Alter in der Funktion des Gehirns herbeiführt, eine eingehende Mitteilung der Ergebnisse der österreichischen Kriminalstatistik über die Delikte, die im höheren Lebensalter begangen werden und die in den Jahren 1898—1909 beim Grazer Landgericht erfolgten Greisenverurteilungen. Die Literatur über dies Thema wird eingehend berücksichtigt. Auch *Z.* kommt zu dem Resultat, daß das Sittlichkeitsdelikt das typische Verbrechen des Seniums ist.

Unter besonderer Berücksichtigung der Arbeiten von *Bonhoeffer* und *Wilmanns* und unter Heranziehung eigener Beobachtungen begründet *Austerweil* (3) den krankhaften Geisteszustand der Landstreicher, vor allem die Dementia praecox und dann den Alkoholismus, die Epilepsie, Imbezillität und bemängelt vor allem die so häufige Verkennung des krankhaften Geisteszustandes der Vagabunden und Bettler, nicht nur bei ihrer Verurteilung, sondern auch während ihrer Anstaltsunterbringung. (*Ernst Schultze*-Greifswald.)

In München ist die Kriminalität der Jugend nach *Rupprecht* (60) erfreulich niedrig. Dies beruht auf der auch im Erwerbsleben herrschenden Gemütlichkeit des Münchners, vor allem auf dem Fehlen eigentlicher Fabrikbevölkerung. Auch in der Art der Delikte spiegelt sich die Eigenart der Bevölkerung wieder, meist handelte es sich um Diebstahl, Sittlichkeitsverbrechen, Zuhälterei war selten. Über die Hälfte aller Beschuldigten stammte aus Familien, in denen der Beruf die Eltern von Hause fernhielt: zwischen den Delikten gleichaltriger Knaben und Mädchen besteht ein deutlicher Unterschied. Von 1000 kriminellen Jugendlichen waren 21 unzurechnungsfähig (§ 51), während 122 nicht die genügende Einsicht besaßen (§ 56). Es handelte sich hauptsächlich um Imbezille allen Grades, aber auch Hysterische waren nicht ganz selten.

Stöltzner (62) demonstriert an Beispielen, daß das Neugeborene und das kleine Kind moralisch schwachsinnig ist, und daß die moralischen Qualitäten sich erst mit den Jahren entwickeln, und zwar unabhängig von der Intelligenz. Die Moral insanity ist in den verschiedenen Lebensaltern verschieden charakterisiert, der ältere Bohémien ist moralisch juvenil: der läppische junge Flegel moralisch infantil geblieben. Das moralisch schwachsinnige Kind folgt nicht den guten, sondern den schlechten Vorbildern, es ist verlogen, wenig anhänglich, neidisch und schadenfroh, ohne Respekt vor älteren Leuten, brutal gegen jüngere, grausam gegen Tiere. Als Therapie empfiehlt *St.*, man sollte der Tendenz zum sozial tieferen Niveau mehr entgegenkommen als bisher, sollte leichte Fälle ruhig Handwerker oder ähnliches werden lassen, wozu sie sich hingezogen fühlen,

anstatt sie in einen standesgemäßen Beruf zu zwängen, in dem sie doch scheitern. Schwerere Fälle müßten womöglich lebenslänglich in Arbeitsanstalten untergebracht werden, da das Gefängnis versagt und die Irrenanstalten sie nicht aufnehmen.

Birkigt (6) teilt seine pädagogischen Erfahrungen an den straffälligen Schulknaben in der Jugendabteilung der Strafanstalt zu Bautzen mit. Alle Schüler zeigten in ihren Schulkenntnissen das Bild der Lückenhaftigkeit, Unklarheit und Unsicherheit, häufig fehlten die elementarsten Kenntnisse, die meisten brachten dem Unterricht große Interesselosigkeit und Gleichgültigkeit entgegen. Von 57 vorbestraften Knaben (46 % der Gsamtzahl) waren 6 gut (8,9 %), 22 mittel, 20 (49,2 %) schwach begabt und 9 (16 %) schwachsinnig. *B.* teilt dann eingehend Art und Zahl der Verbrechen mit und stellt dann fest, daß die Mehrzahl der Täter aus Großstädten stammte, während das Land noch nicht $^1/_6$ stellte. Die Familienverhältnisse waren meist zerrüttet, 16,1 % waren unehelich geboren, die Väter vielfach Alkoholiker oder Verbrecher, bei ungefähr 80 % der Knaben war schon auf der Schule festgestellt, daß ihre Verwahrlosung und Kriminalität dem Elternhause zur Last fiele, welche das vorwiegend schwachsinnige und psychopathische Material im ungünstigen Sinne beeinflußt hatte. *B.* kommt zu dem Schlusse, daß nur Erziehung, nicht aber Strafe hier bessern kann.

Anton (2) bejaht die Frage, ob es eine krankhafte, moralische Abartung im Kindesalter überhaupt gibt, und schildert die Symptome, an denen man solche moralisch degenerierten Kinder erkennen kann. Die krankhafte Anlage macht sich oft einseitig auf dem Gebiete des Gefühls und Affektlebens bemerkbar, die Affekte sind häufig zu stark, die normalen Gefühlsregungen zu schwach entwickelt, oder sie schwanken periodisch, haben eine abnorme Dauer und führen zu abnormen Reaktionen. Das Wesentlichste der Moral insanity besteht in abnormem Mangel an höheren Gefühlskategorien, in vermindertem Vermögen zu menschlicher Einfühlung, in krankhafter Impulsivität mit ungehemmtem Triebleben, negativistischer Willensrichtung und gesteigerter Suggestibilität. Manie, Senile Charakterveränderung und Katatonie zeigen ähnliche Züge krankhafter geistiger Veränderung bei Erwachsenen.

Neter (47) führt die Schülerselbstmorde, die übrigens im Verhältnis zur Gesamtzahl der Schüler an Häufigkeit nicht zugenommen haben, auf die größere Empfindlichkeit der heutigen Schuljugend zurück. Sie besitzt nicht mehr die robuste Psyche früherer Schülergenerationen, die sich mit Leichtigkeit über gewisse Schärfen philologischen Tadels hinwegsetzte. Schuld an diesem Zustande ist die Erziehung. Vor allem wird zuviel erzogen, das Kind zu sehr gewöhnt, sich als Mittelpunkt der Familie zu betrachten, aber es wird auch zu wenig erzogen, weil es häufig an dem Vorbilde eines harmonischen Familienlebens fehlt. Eine gewisse pessimistische, verneinende Lebensauffassung, die weite Kreise ergriffen hat, trägt vielleicht auch das Ihrige zum Zustandekommen der Schülerselbstmorde bei, jedenfalls ist auf katholischen Schulen, auf denen gelehrt wird, daß der Selbstmord Sünde sei, das Suizid sehr selten. Man müßte den Kindern auch mehr Respekt vor der Schule beibringen und ihren Willen stählen, andererseits müßte auch die Schule ein besseres Vertrauensverhältnis zu den Schülern anstreben, wie es jetzt

besteht. Auf keinen Fall darf man die Schuld an den Schülerselbstmorden der Schule allein aufbürden, ein gut Teil davon trägt sicher auch das Elternhaus.

Ein 14 jähriges Dienstmädchen, das an Heimweh litt, zündete die Scheune seiner Herrschaft an, damit sie das darin lagernde Getreide nicht mehr mit auszudreschen brauchte, sondern eher nach Hause käme. Wie *Reichel* (54) berichtet, wurde sie vom Gericht auf das Gutachten des Lehrers hin, der erklärte, daß die Angeklagte geistig nicht besonders hochstehe, aber verständig genug sei, um das Strafbare ihrer Handlung einzusehen, als zurechnungsfähig und einsichtig für die Folgen ihrer Handlung angesehen und zu 3 Monaten Gefängnis verurteilt. Eine ärztliche Begutachtung hat nicht stattgefunden.

Margarete Meier (41) teilt 11 Fälle von Kindermord in engerem und weiterem Sinne mit und unterzieht sie einer eingehenden Kritik in bezug auf Rechtslage und psychisches Verhalten der Täterinnen. Sie stellt fest, daß der Geburtsvorgang gewöhnlich nicht zu pathologischen Zuständen führt, die Verantwortlichkeit meist bei anderen Personen als bei den Täterinnen selbst liegt, daß die Täterinnen Gelegenheitsverbrecherinnen sind und infolgedessen die Tat selten überlegt ist. Die meisten der 11 Kindesmörderinnen waren geistig oder ethisch defekt oder wiesen auf beiden Gebieten Defekte auf.

Göring (18) veröffentlicht Stammbaum und Lebenslauf eines schwer belasteten hysterischen Schwindlers, der ganz unglaubliche Betrügereien verübt hatte. § 51 war ihm nicht zuzubilligen, es erfolgte Verurteilung zu 18 Jahren Zuchthaus.

de la Motte (44) berichtet über einen hysterischen Dämmerzustand und zwei Fälle von halluzinatorischer Paranoia bei Inhaftierten, *Köster* (30) über einen Querulanten. Alle Kranken waren in der Kieler Klinik beobachtet.

Mörchen (42) bezeichnet die aus den Sensationsprozessen der letzten Zeit (Steinheil, Tarnowska, v. Schönebeck) bekannten Frauen als „degenerierte Frauen höherer Stände". Sie sind erblich belastet, tragen die Züge der Degeneration (Debilität, moral insanity, pathol. Sexualität) oft schon in der Jugend (lasterhafter Backfisch) und sind als eine Erscheinung der höheren Gesellschaftskreise anzusehen (Produkt aus dekadenter Anlage und Milieu). Sie sind meist als krank im Sinne des § 51 anzusehen und gehören als gemeingefährlich in geschlossene Anstalten. *Alzheimer* (42) kann sich dieser Auffassung nicht anschließen. Er betont, daß derselbe Typus sich auch in sozial niederen Schichten findet, und daß die geistigen Abnormitäten eine Annahme des § 51 selten rechtfertigen. *Dammann* (8) unterzieht die Prozesse Grete Beier, Moltke-Harden, v. Schönebeck - v. Göben, und das Geschwisterpaar Luise von Sachsen und Erzherzog Leopold (Wölfling) einer psychiatrischen Besprechung.

IV. Zivilrechtliche Psychiatrie.

1. *Artmann, A.* (Erlangen), Ehescheidung und Psychose. Klinische Beiträge zu § 1569 BGB. Inaug.-Diss. Erlangen 1910.



2. *Baginsky*, Die Kinderaussage vor Gericht (Vortrag). 41 S. 1 M. Berlin 1910, J. Guttentag. (S. 50*.)
3. *Eisath*, Die Anstaltsärzte und die Vorlagen für ein Entmündigungs- und Irrenfürsorgegesetz in Österreich. Psych.-neurol. Wschr. 1910, 11. Jahrg., S. 419.
4. *Gregor*, *Adalbert* (Leipzig), Beiträge zur Psychologie der Aussage von Geisteskranken. Erste Mitteilung: Progressive Paralyse. Mtschr. f. Psych. u. Neurol. Bd. 28, H. 4, S. 290. (S. 51*.)
5. *Gross*, *H.*, Zur Frage der Zeugenaussage. H. Gross' Arch. Bd. 36, H. 3 u. 4, S. 372. (S. 50*.)
6. *Jaquelier*, *P.*, et *Fillassier*, *A.* (Paris), La jurisprudence des tribunaux en matière de séparation de corps et de divorce et les faits d'ivresse. Revue de Psych. et de Psychol. expérimentale 1910, Nr. 8, S. 310. (S. 53*.)
7. Über die Vorlagen eines Entmündigungs- und Irrenfürsorgegesetzes in Österreich. Psych.-neurol. Wschr. 1910, 11. Jahrg., S. 439. Ref.: Alzheimer-Lewandowsky. Bd. 1, H. 5, S. 400.

Gross (5) betont, daß der Richter nach dem heutigen Stande der Aussagepsychologie auch die ehrlich abgegebene Zeugenaussage nicht kritiklos hinnehmen darf, sie vielmehr in jedem Falle auf ihre Richtigkeit prüfen muß. Er unterzieht die Methoden der Aussagepsychologie einer eingehenden Kritik, hebt hervor, daß Knaben mit guter Anlage bessere Zeugen sind als Mädchen, und tritt den *Baginski*schen Ansichten, daß die Kinder ganz allgemein schlechte Zeugen seien, entgegen. Die *Baginski*schen Resultate seien deshalb so schlecht, weil *B.* nur kranke Kinder untersucht hatte. Diese Resultate dürfte man nicht ohne weiteres auf Gesunde übertragen: und außerdem müßte man sie noch mit den Aussagen Erwachsener vergleichen. Dann würde man finden, daß Aussagen von Kindern nicht schlechter seien als die der erwachsenen Zeugen. Die Kinder machten wohl andere Fehler als diese, aber keine gröberen.

Baginski (2) faßt die Resultate einer eingehenden Studie über die Kinderaussage in den Schlußfolgerungen zusammen: 1. Das Kind ist vermöge seiner physischen und psychischen Beschaffenheit schon unter normalen Verhältnissen ein mangelhafter, weil unsicherer und unzuverlässiger Zeuge. 2. Das Kind kann mit schwierig zu ermittelnden pathologischen, physischen und psychischen Zuständen, die wissenschaftlich unter der Diagnose des „Schwachsinns" zusammengefaßt werden, behaftet sein, welche es zur Zeugenaussage ungeeignet und unfähig machen. Daraus ist für die Rechtspflege der Schluß zu ziehen: 3. Das Kind ist, wenn es irgend möglich erscheint, am besten von der Zeugenaussage gänzlich fernzuhalten, wie dies tatsächlich nach schwedischem Gesetz geschieht, wo das Kind bis zum beendeten 16. Lebensjahre als Zeuge nicht verwendet werden darf. 4. Auf



die Zeugenaussage von Kindern allein soll aber zum mindesten eine Verurteilung nicht erfolgen dürfen. 5. Die Tatsache, daß Zustände von Schwachsinn schwierig zu ermitteln sind, erheischt es, gelegentlich der unvermeidlichen Herbeiziehung von Kindern zur Aussage, durch ärztlich sachverständige Begutachtung ihre Zeugenfähigkeit ermitteln zu lassen.

Die von *Gregor* (4) an Normalen und Paralytischen angestellte Aussageuntersuchung wurde mit einem Verfahren vorgenommen, welches sich von den bisher geübten dadurch unterschied, daß er als Beobachtungsmaterial für seine Versuchspersonen eine größere Anzahl (30 in erster und zweiter Serie) mehr oder weniger komplizierte Bilder verwendete, welche mittels eines dazu konstruierten Expositionsapparates durch verschieden lange Zeit (2, 5, 10 Sek.) vorgeführt wurden. Im Verhör richtete er an jede Versuchsperson 10—12 Fragen über das Gesehene, soweit die betreffenden Inhalte nicht schon im spontanen Berichte Erwähnung fanden. Ein Vergleich der an seinen normalen Versuchspersonen gewonnenen Resultate mit Befunden nach dem Verfahren *Sterns* ergab, daß bei seiner Versuchsanordnung ein größerer Prozentsatz richtiger Angaben zu erhalten ist, wodurch sich dieses Verfahren zur Untersuchung der Aussageleistung von Geisteskranken empfiehlt. Die bei männlichen und weiblichen normalen Versuchspersonen erhaltenen Werte ließen die von *Stern* nach Versuchen an Kindern vertretene Superiorität der männlichen Versuchspersonen in Farbenaussagen vermissen. Aus der quantitativen Betrachtung der primären (sich direkt an die Exposition schließenden) Aussagen ergab sich, daß selbst ausgesprochene Fälle von Paralyse, bei denen der Krankheitsprozeß schon mehrere Jahre bestand, bei Verwendung einfacherer Bilder Leistungen produzierten, welche normalen Aussagen an die Seite zu stellen sind. Selbst von intellektuell tiefstehenden Paralytikern konnte er für einzelne Kategorien zuverlässige Aussagen erhalten, namentlich war dies für Personen der Fall. In dieser Hinsicht zeigte sich auch das spontane Interesse von gleicher Höhe wie beim Normalen. Für die Hauptstücke der Bilder produzierten Paralytiker unter günstigen Bedingungen annähernd gleiche Leistungen wie die Normalen. In jenen Kategorien dagegen, in denen auch normale Versuchspersonen regelmäßig Fehler begehen, standen die Paralytiker deutlich zurück, doch überraschten selbst die tiefstehenden durch einzelne Produktionen, so daß an partielle Fähigkeiten zu denken ist, welche dem zerstörenden Prozeß relativ lange Widerstand leisten. Den spontanen Aussagen von Paralytikern ist mehr Glauben beizumessen, als man im allgemeinen geneigt ist, wenn es sich um einen einfachen Tatbestand handelt. Unter diesen Umständen können auch nach längerer Zeit von Paralytikern relativ zuverlässige Berichte erhalten werden. Ausgenommen sind Patienten mit Rede- und Produktionsdrang. Aus dem gegensätzlichen Verhalten der Paralytiker bei Suggestivfragen im Verhältnis zum Normalen ergab sich deutlich deren Unfähigkeit, Erfahrungen zu verwerten. Die Aussagen der Paralytiker verraten grobe Ausfälle der Merkfähigkeit, welche sich nicht nur über einzelne mehr oder weniger wesentliche Inhalte, sondern auch über den Gesamteindruck erstrecken, der zuweilen schon in kürzester Zeit völlig in Vergessenheit gerät. Die Defekte geben zu groben Erinnerungsfäl-



schungen Anlaß, indem derartige Lücken durch frühere Eindrücke ausgefüllt werden; in anderen Fällen dienen früher gesehene Inhalte bloß zur Ergänzung von Erinnerungsvorstellungen. In der mangelnden Berücksichtigung der in dieser Weise ergänzten Eindrücke verrät sich deutlich die paralytische Kritiklosigkeit. Für den Erwerb eines größeren Wissensumfanges lernte er die Aufmerksamkeit als Vorbedingung kennen. Bei günstigen Aufmerksamkeitsverhältnissen konnten auch demente Patienten zahlreiche zutreffende Angaben machen. Im Gegensatz zu den normalen Versuchspersonen, bei denen die Auffassung stets der Summe der wahrgenommenen Merkmale entsprach, drangen selbst Paralytiker, welche rein quantitativ normale Aussageleistungen lieferten, zu keinem Verständnis des Gesehenen vor. Bei Paralytikern war zuweilen ein starkes Mißverhältnis zwischen der Zahl richtiger Angaben im Bericht und Verhör nachzuweisen. Stark demente Fälle, welche nur die wenigsten Fragen richtig beantworteten, gaben zuweilen Berichte ab, deren Treuwerte sich normalen Aussagen näherten. Die sekundären Aussagen, welche nach 2, 7 und 14 Tagen aufgenommen wurden, ergaben bei normalen Versuchspersonen mit Zunahme der Zeit eine Abnahme des relativen Wissensumfanges. Dagegen war die absolute Zahl richtiger Angaben nach 7 und nach 14 Tagen gleich. Es bestand keine Differenz zwischen der Zahl richtiger Angaben, welche nach 14 Tagen über 10 und 2 Sek. lang exponierte Bilder gemacht wurden, während der relative Wissensumfang für die kürzer exponierten Bilder in der sekundären Aussage größer war. Beide Befunde lassen sich dahin zusammenfassen: ein größerer Wissensumfang fällt in der Zeit steiler ab. Die Zuverlässigkeit der sekundären Aussage erschien bei diesen Versuchen an Normalen geradezu vollkommen und nahm auch nur in 2 Jahren um ein geringes ab. Die sekundäre Aussage der Paralytiker zeigt quantitative und qualitative Unterschiede vom Normalen. Neben mehr oder weniger ausführlichen und zusammenhängenden Aussagen über das früher Gesehene fanden wir auch namentlich bei weiterem Abstande von dem Erlebnisse selbst bei noch leidlich intelligenten Versuchspersonen bloß lose Erinnerungsvorstellungen, die zu keiner Gesamtvorstellung des wahrgenommenen Inhaltes vereinigt wurden. Derartige Erinnerungsreste, die oft ganz nebensächliche Merkmale betrafen, welche dem Normalen gewöhnlich entschwanden, wurden manchmal zähe behalten und konnten im tertiären Verhör eines terminalen Falles noch nach 13 Monaten mit Sicherheit nachgewiesen werden. Die Treue der sekundären Aussage war zuweilen, und zwar auch bei stärker vorgeschrittenen Fällen, erheblich, ohne aber die Werte des Normalen zu erreichen. Die Abnahme der Zuverlässigkeit der Aussage mit der Entfernung von dem zu reproduzierenden Erlebnis trat bei Paralytikern deutlich hervor. Einzelne Fälle verrieten in einer starken Unzuverlässigkeit der sekundären Aussage eine Konfabulationstendenz, welche bei den für die Reproduktion günstigeren Bedingungen der primären Aussage undeutlich war und klinisch gar nicht hervortrat. Der sekundäre Wissensumfang war in allen Fällen von Paralyse absolut und relativ (d. i. im prozentuellen Verhältnis zur primären Aussage ausgedrückt) weitaus geringer als beim Normalen. Unter Berücksichtigung des relativ günstigen Ergebnisses der primären Aussage kann man also den Satz aufstellen: Die Aussage



von Paralytikern wird im Vergleich zum Normalen in dem Maße schlechter (sowohl hinsichtlich der Menge als der Zuverlässigkeit von Angaben), als die Entfernung vom Erlebnis, das reproduziert werden soll, zunimmt.

Jaquelier und *Filassier* (6), die sich mit den Beziehungen zwischen Trunksucht und Ehescheidung nach französischem Recht beschäftigen, bringen zahlreiche Gerichtsentscheidungen, die sich auf die Möglichkeit einer Ehescheidung wegen Trunksucht eines Ehegatten beziehen. Im allgemeinen werden Mißhandlungen seitens eines trunksüchtigen Ehegatten in Frankreich nur dann als Ehescheidungsgrund angesehen, wenn sie sich häufen, besonders schwer sind oder unter Umständen erfolgt sind, welche ohnehin eine Verurteilung nach sich ziehen, oder wenn Geisteskrankheit als Ursache der Trunksucht anzusehen ist.

V. Irrenrecht, Verwahrungsmaßnahmen. Fürsorgeerziehung und Psychiatrie.

1. *Aschaffenburg*, *G.*, Beschlagnahme von Waffen freigesprochener Geisteskranker. Mtschr. f. Kriminalpsychol. u. Strafrechtsref. 7. Jahrg., H. 8, S. 506. (S. 56*.)
2. *Cramer*, *A.* (Göttingen), Bericht über die psychiatrische Untersuchung der schulentlassenen Fürsorgezöglinge. Allg. Ztschr. f. Psych. Bd. 67, H. 4.
3. *Dreyer*, *W.*, Der Schutz der Gesellschaft vor den gemeingefährlichen Irren. Mtschr. f. Kriminalpsychol. u. Strafrechtsref. 7, H. 1 u. 2. (S. 55*.)
4. *Fels*, *R.* (Gr.-Hansdorf), Psychiatrie und Fürsorgetätigkeit. Psych.-neurol. Wschr. 12. Jahrg., Nr. 26, S. 239.
5. *Gruhle*, *H.* (Heidelberg), Die abnormen und „unverbesserlichen" Jugendlichen in der Fürsorgeerziehung. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 1, H. 5, S. 638. (S. 57*.)
6. *Kluge* (Potsdam), Zur Frage der Fürsorgeerziehung. Irrenpflege 1910, Nr. 4, S. 85.
7. *Kluge* (Potsdam), Psychiatrie und Fürsorgeerziehung. Psych.-neurol. Wschr. Nr. 53, S. 465. (S. 58*.)
8. *Knecht* (Ueckermünde), Die Fürsorgeerziehung in Pommern. Psych.-neurol. Wschr. 1910, 12. Jahrg., Nr. 19, S. 179. (S. 57*.)
9. *Kundt* (Deggendorf), Über die zweckmäßigste Unterbringung der irren Verbrecher und verbrecherischen Irren in Bayern. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 2, H. 2, S. 275. (S. 57*.)



10. *Kundt, E.*, und *Rüdin, E.*, Über die zweckmäßigste Unterbringung der irren Verbrecher und verbrecherischen Irren in Bayern. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. 1910, Bd. 2, H. 2, S. 275.

11. *Mönkemöller* (Hildesheim), Bericht an das Landesdirektorium der Provinz Hannover über die Ergebnisse der psychiatrisch-neurologischen Untersuchung der schulpflichtigen Fürsorgezöglinge der Provinz Hannover. Ztschr. f. d. Erforsch. u. Behandl. d. jugendl. Schwachsinns Bd. 4. (S. 57*.)

12. *Mönkemöller* (Hildesheim), Das preußische Abgeordnetenhaus und die Unterbringung geisteskranker Verbrecher. Deutsche med. Wschr. Nr. 11, S. 516.

13. *Redepenning* (Göttingen), Die psychiatrische Beobachtungsstation für Fürsorgezöglinge. Allg. Ztschr. f. Psych. Bd. 67, H. 4.

14. *Rémond, A.* (Toulouse), Étude pour servir à la réforme de la loi de 1838. Archives d'anthropologie criminelle et de médecine legale Nr. 201—203.

15. *Rohde* (Halle a. S.), Zwangsweise Unterbringung von Trinkern in Heil- und Bewahranstalten. Mtschr. f. Kriminalpsychol. u. Strafrechtsref. 7. Jahrg., H. 9, S. 525. (S. 56*.)

16. *Schröder, P.* (Breslau), Die geistig Minderwertigen und die Jugendfürsorgeerziehung. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 3, H. 5, S. 705.

17. *Schultz, Anna* (Hamburg), Der Meineidprozeß Kolander und die Fürsorgeerziehung. Mtschr. f. Kriminalpsychol. u. Strafrechtsref. 6. Jahrg., Heft 10, Januar 1910, S. 600.

18. *Seiffert*, Pastor (Strausberg), Wie weit ist die Mithilfe des Psychiaters in der Fürsorgeerziehung notwendig und wie weit können Pädagogen und Psychiater miteinander an minderwertigen und psychopathischen Fürsorgezöglingen arbeiten? Psych.-neurol. Wschr. Nr. 39, S. 363.

19. *Stransky, E.*, Wien. Über ungerechtfertigte Internierungen in Irrenbeobachtung. Wochenschr. „Das österreichische Sanitätswesen" Nr. 41, 42. (S. 55*.)

20. *Weber, L. W.*, Das hannoversche Provinzialverwahrungshaus. Mtschr. f. Kriminalpsychol. u. Strafrechtsref. 7. Jahrg., H. 3, S. 159. (S. 56*.)



21. *Wendenburg, Karl*, Die Verwahrung geisteskranker Verbrecher. Nordd. Allg. Ztg. 49. Jahrg., Nr. 73.

Stransky (19) zieht gegen den den beamteten Ärzten häufig gemachten Vorwurf der ungerechtfertigten Einweisung Nichtgeisteskranker in Irrenanstalten zu Felde. Er führt drei Fälle an, in denen neben abnormer psychischer Veranlagung des Internierten und daraus herzuleitender, krankhaft erscheinender Handlungen die Angaben hysterischer Angehöriger oder paranoid erscheinende Selbstanzeigen der Internierten zur Aufnahme geführt hatten. In allen Fällen wurde nach wenigen Tagen die Entlassung angeordnet, nachdem festgestellt war, daß Geisteskrankheit nicht vorlag. *Str.* hält mit Rücksicht darauf, daß eine Irrenanstaltsaufnahme immerhin dem Betroffenen nachteilig sein kann, die Einrichtung von Beobachtungsstationen in größeren Städten für wünschenswert, in denen solche Leute vorläufig Aufnahme finden können und von denen aus die Einweisung stattzufinden hat. Eine zweite Gruppe zu den ungerechtfertigterweise Aufgenommenen stellen die entarteten Defektmenschen, die sich durch Simulation geistiger Störungen als Anstaltsreisende ein beschauliches Unterkommen in Irrenanstalten zu verschaffen suchen. *S.* verfügt aus zwei Jahren allein über 26 Fälle mit 173 Aufnahmen und macht darauf aufmerksam, welche enormen Summen an Verpflegungsgeldern durch ihre Spitalsbrüder den Gemeinden entzogen werden.

Dreyer (3) vergleicht die in den Vorentwürfen zum deutschen, österreichischen und schweizerischen Strafgesetzbuch enthaltenen Bestimmungen zum Schutze der Gesellschaft vor den gemeingefährlichen Irren. Er führt aus, daß die verbrecherischen Irren und geisteskranken Verbrecher eine ernste Gefahr für die öffentliche Sicherheit geworden sind, und führt diesen Übelstand auf drei Ursachen zurück: 1. daß die Internierung solcher Elemente in vielen Fällen nicht angeordnet wird, wo sie nötig ist: 2. daß Entlassung und Beurlaubung oft da stattfinden, wo sie nicht erfolgen dürften: 3. daß die heutigen Einrichtungen der Irrenanstalten die häufigen Entweichungen krimineller Kranker erleichterten. Er kritisiert dann den Vorschlag, daß der Strafrichter die Internierung verfügen soll und die von *Birkmeyer* und *Hoegel*, von *v. Liszt* und *Oetker* gemachten Gegenvorschläge und bemerkt, daß in der Frage der Anordnung der Verwahrung in erster Linie praktische Gesichtspunkte geltend sein müßten, und diese forderten, daß der Strafrichter, der sich von der Gemeingefährlichkeit des Angeklagten besser als jeder andere überzeugen könnte, auch in der Verwahrungsfrage das erste Wort zu sprechen hätte. Damit würde auch dem Zustande ein Ende gemacht, daß ein Mensch zwar für krank und nicht verantwortlich erklärt, später aber, wenn es zur Internierung kommen soll, nicht für anstaltspflegebedürftig angesehen würde. Dieser Forderung würde der österreichische Entwurf zur Strafprozeßordnung am meisten gerecht, der in den §§ 500—522 eingehende Verfahrensvorschriften über die Verwahrung Geisteskranker und Trunksüchtiger und in den §§ 523—529 über die Verwahrung geistig Minderwertiger gibt. Die Entlassung gemeingefährlicher Kranker bedarf nach *D.* ebenfalls dringend der gesetzlichen Regelung, da die darauf bezüglichen Ministerialerlasse bisher versagt haben. Der



Schweizer und der österreichische V. E. sehen auch für die Frage der Entlassung den Strafrichter als zuständig an, während der deutsche V. E. die Entscheidung nicht dem Strafrichter, sondern der Landespolizeibehörde überträgt. *D.* kann sich für diese Anordnung nicht erwärmen, da das Verfahren zu sehr dem bisherigen Modus ähnelt, der sich als ungenügend erwiesen hat. Die Entlassung müßte entweder beim Minister oder durch den Strafrichter bestimmt werden. Auch über die Anstalten, in denen kriminelle Kranke am besten verwahrt werden, äußert sich *D.* Er betont zunächst, daß der schweizer und der deutsche Entwurf keine besondere Bestimmungen über die Art der Anstalten enthalten, sondern schlechthin von öffentlichen Heil- und Pflegeanstalten sprechen. Nach dem österreichischen Entwurfe müssen die gemeingefährlichen Geisteskranken dagegen in staatlichen Anstalten für verbrecherische Irre, die geistig Minderwertigen in einer besonderen Abteilung einer staatlichen Anstalt für verbrecherische Irre verwahrt werden. Diese Anstalten sollen von einem geeigneten Psychiater geleitet, vom Oberstaatsanwalt überwacht und vom Minister superkontrolliert werden. Bei jeder Anstalt besteht eine Aufsichtskommission mit dem Gerichtspräsidenten als Vorsitzendem, zwei Vertrauensmännern, die nicht Beamte sein dürfen, und dem Staatsanwalt. Diese Kommission hat die Anstalten viermal jährlich zu kontrollieren. *D.* verlangt ähnliche Bestimmungen auch für Deutschland, da die gewöhnlichen Irrenanstalten nicht für kriminelle Kranke geeignet sind, für die die freie Behandlung nicht am Platze ist. Ferner müßten auch in den deutschen V. E. Bestimmungen über die Strafbarkeit von Personen aufgenommen werden, welche kriminelle Kranke fahrlässig entweichen lassen oder ihnen zur Flucht behilflich sind.

Aschaffenburg (1) erhielt von der Staatsanwaltschaft ein Paket mit Waffen und Einbruchswerkzeugen und der Aufforderung, den Inhalt einem Kranken, der nach § 51 exkulpiert war, auszuhändigen. Er weist darauf hin, daß diese formell richtige, aber jedem Vernünftigen unfaßbar erscheinende Aufforderung auf die unglückliche Fassung des § 51 zurückzuführen ist (eine strafbare Handlung ist nicht vorhanden....) und daß es im V. E. einer klaren Vorschrift bedarf, die eine derartige Buchstabenauslegung unmöglich macht.

Rohdes (15) eingehende Darstellung der juristischen Handhaben zur zwangsweisen Unterbringung von Trinkern in Heil- und Bewahranstalten nach dem geltenden Recht und dem Vorentwurf ist für Juristen und Psychiater gleich lesenswert. Auch *R.* beklagt, daß die bisherigen gesetzlichen Bestimmungen gegen die Trinker, namentlich die über Entmündigung wegen Trunksucht vollkommen versagt haben.

Das Provinzialverwahrungshaus der Provinz Hannover ist nach *Weber* (20) für insoziale Geisteskranke bestimmt. Es finden dort also solche Kranke Aufnahme, die durch ihr insoziales Verhalten gezeigt haben, daß ihre Behandlung in Heil- und Pflegeanstalten ohne Gefahr für den Betrieb solcher Anstalten und für die Allgemeinheit unmöglich ist. Dagegen ist nicht notwendig, daß sie mit den Strafgesetzen in Konflikt geraten sind, ebensowenig wie etwa alle Kranke, die nach § 51 freigesprochen sind, ohne weiteres dem Verwahrungshause überwiesen werden. Die Anstalt, die aus zwei rechtwinklig zueinander stehenden



Korridorflügeln besteht, in deren Scheitel sich die sog. Wachrotunde befindet, hat die Anforderungen, welche an ein Verwahrungshaus gestellt werden müssen, gut erfüllt, sie gestattet sichere Beaufsichtigung und Beschäftigung unter Wahrung des Krankenhauscharakters. Die Einrichtung und das Reglement für den Betrieb wird genau geschildert.

Kundt (9) hat ermittelt, daß in Bayern 150 männliche Verbrecher, die im Strafvollzug stehen, 325 verbrecherische Irre und 50 Abnorme des Arbeitshauses für eine Unterbringung in einer Anstalt für insoziale Geisteskranke geeignet sind. Danach scheint auch in Bayern die Notwendigkeit des Baues einer besonderen Anstalt für diese Elemente notwendig und durch die große Zahl der Unterzubringenden gerechtfertigt.

Knecht (8), der 222 männliche und 95 weibliche Zöglinge in drei Fürsorgeerziehungsanstalten Pommerns untersuchte, hatte dieselben Resultate, wie die anderen Untersucher. Rund $^1/_5$ aller Zöglinge, die zumeist das schulpflichtige Alter hinter sich hatten, waren unehelich geboren, von 171 Vätern waren 20,5% Verbrecher, fast 40% Säufer, viele Eltern waren kränklich und unordentliche Leute. Viele männliche Zöglinge stammten aus sehr kinderreichen Familien, waren geistig oder körperlich zurückgeblieben, epileptisch oder mit Entartungszeichen behaftet. Von den männlichen Zöglingen waren 43%, von den Mädchen $^2/_3$ geistig minderwertig (10 von 95 hatten schon geboren). Von den 222 männlichen Zöglingen waren 172 wegen Diebstahls der F. E. überwiesen.

Mönkemöller (11) hat 589 Fürsorgezöglinge im Alter von 5—12 Jahren untersucht (472 m., 117 w.). Sie stammten zumeist aus den Städten der Provinz Hannover, vor allem den Fabrikstädten, 42 waren Polen, die sich der neuen Heimat durch diese Belastung dankbar erwiesen. Bei 155 war kein Anhaltspunkt für erbliche Belastung zu finden, 299 waren mit Trunksucht der Eltern, 220 doppelt, 234 einfach belastet, bei 281 waren die Eltern vorbestraft, 120 Zöglinge waren unehelich geboren, 147 hatten Bier, 110 Schnaps konsumiert. Die wenigsten waren wegen drohender Verwahrlosung aufgenommen (86), mehr schon wegen begangener strafbarer Handlungen (173), die meisten, um völlige sittliche Verwahrlosung zu verhüten (265). Unter dieser Handhabung des Gesetzes haben die leicht beeinflußbaren Psychopathen am meisten zu leiden, die der Verführung doppelt und dreifach ausgesetzt sind. Fast $^2/_3$ aller Zöglinge hatte sich kriminell betätigt, 37% waren minderwertig, von den 472 Knaben 162, von den 117 Mädchen 54, nur 245 von der Gesamtsumme von 589 waren als normal anzusehen, 182 litten an Schwachsinn in allen Graden. *M.* tritt dafür ein, daß auch die psychisch abnormen Kinder nach Möglichkeit erzogen werden müssen, für die Schwachen müßten Hilfsschulabteilungen eingerichtet werden, eine ist zunächst am Stefansstift in Hannover vorgesehen.

Gruhle (5) hat 108 Fürsorgezöglinge der Anstalt Flehingen untersucht, unter denen 52,4% Abnorme waren. Er schlägt vor, die Zöglinge je nach ihrer Erziehbarkeit in getrennten Anstalten unterzubringen, 1. in Anstalten für Zöglinge, die in Familienpflege nicht zu halten sind, unter der Disziplin des Anstaltslebens aber keine Schwierigkeiten machen: 2. in Heilerziehungshäusern für die wirklich



pathologischen Jugendlichen: 3. in besonderen festen Anstalten für die geborenen Verbrechernaturen. Nur durch Trennung der Erziehbaren von den Unverbesserlichen würden Erfolge zu erreichen sein, wie sie z. B. auch im Schulbetriebe durch die Aussonderung der Schwachbefähigten in Hilfsschulklassen erreicht seien.

Auch *Kluge* (7), der verdienstvolle Leiter der Potsdamer Anstalten mit ihren mustergültigen Einrichtungen für psychopathische Fürsorgezöglinge, beklagt den geringen Erfolg, den die F. E. bisher erzielt hat. Er warnt aber auch davor, nun kleinmütig die Flinte ins Korn zu werfen, man müßte vielmehr versuchen, die Mängel und Fehler zu beseitigen, an denen die Handhabung des Gesetzes krankt. Die Klagen der mit seiner Ausführung betrauten Organe über ungeeignetes Material, zu späte Überweisung, die Länge des gerichtlichen Verfahrens, das Fehlen geeigneter Einrichtungen und Kräfte sind zweifellos begründet, erschöpfen die Sache aber nicht. So ist bei der Schaffung des Gesetzes nicht der hohe Prozentsatz des Abnormen berücksichtigt, welche den herkömmlichen Erziehungsmethoden gar nicht zugänglich sind. Der Hinweis hierauf ist anfangs belächelt oder bekämpft, aber allmählich sind die ärztlichen Feststellungen doch weiteren Kreisen zugänglich geworden, und mehr und mehr wird die Mithilfe des Arztes verlangt. Einmalige Untersuchungen, wie sie bisher in größerem Maßstabe in Hannover und Westfalen vorgenommen sind, genügen aber nicht, es muß eine dauernde Kontrolle Platz greifen. Der Gedanke, Aufsichts- oder Besuchskommissionen einzurichten, ist als unpraktisch verlassen, besser wäre die Einführung von Fragebogen über den Geisteszustand. Vor allem müssen die pathologischen von den gesunden Zöglingen getrennt werden, denn sie sind es, welche die Fortschritte der Normalen hemmen und die Disziplin gefährden. Die in Potsdam gemachten guten Erfahrungen ermuntern, diesen Weg weiter zu beschreiten. Die psychisch ganz tief stehenden Elemente gehören in die Krankenanstalten für Geisteskranke, Idioten und Epileptiker. Auch die Familienpflege im Anschluß an die Anstalten, ähnlich wie in der Irrenpflege, empfiehlt sich nach *Kluges* Erfahrungen recht gut. Das Neue an der ganzen Materie bringt es mit sich, daß noch vieles der Klärung bedarf, daß Gegensätze auszugleichen und Widersprüche zu überwinden und Kompetenzfragen zu regeln sind u. a. m., vor allem aber müssen wir Psychiater auf diesem Gebiete die Hände regen.

VI. Psychiatrie und soziale Gesetzgebung.

1. *Buchholz, A. L.* (Hamburg-Friedrichsberg), Zur Beurteilung der Psychosen nach Unfall. Mtschr. f. Psych. u. Neurol. Bd. 27, H. 1, S. 1, 1910.
2. *Cohn, Eugen* (Berlin), Stummheit nach Unfall. Med. Klinik 1910, Nr. 7, S. 281. (S. 64*.)
3. *Erben, S.* (Wien), Über die Neurosen nach Unfällen. Med. Klinik 1910, Nr. 32, S. 1245. (S. 60*.)



4. *Fürbringer*, *P.* (Berlin), Psychisches Trauma und Schlaganfall. Ärztl. Sachv.-Ztg. Nr. 9, S. 173. (S. 63*.)

5. *Hasslauer*, Die Verwertung des Schwabachschen Versuchs bei der Diagnose intrakranieller Veränderungen. Münch. med. Wschr. Nr. 9. (S. 60*.)

6. *Holzmann*, *W.*, Über Arteriosklerose und Unfall. Ärztl. Sachv.-Ztg. 1910, Nr. 15, S. 297.

7. *Jacoby*, *A.* (Gr.-Lichterfelde), Zur Verhütung des Entstehens von Unfallneurosen. Vjhrschr. f. gerichtl. Med. 3. Flg. 40, H. 2. (S. 62*.)

8. *Ledderhose*, *G.* (Straßburg), Akteninhalt und ärztliche Gutachten. Ärztl. Sachv.-Ztg. 1910, 16. Jahrg., Nr. 19, S. 381. (S. 60*.)

9. *Merzbacher*, *L.*, Ein raffinierter Versicherungsschwindler. H. Gross' Arch. Bd. 38, H. 3 u. 4, S. 298. (S. 61*.)

10. *Reichardt*, *M.* (Würzburg), Bemerkungen über Unfallbegutachtung und Gutachterwesen. 31 S. 0,75 M. Jena 1910, Gustav Fischer.

11. *Sachs*, *Heinrich*, Die Unfallneurose, ihre Entstehung, Beurteilung und Verhütung. Breslau, Preuss u. Jünger. 122 S. 3 M. (S. 61*.)

12. *Schultze*, *E.*, Der Kampf um die Rente und der Selbstmord in der Rechtsprechung des Reichsversicherungsamtes. Halle a. S. 1910, Carl Marhold. (S. 62*.)

13. *Schuster*, *Paul* (Berlin), Drei Vorträge aus dem Gebiete der Unfallneurologie. — Simulation und Übertreibung von Nervenleiden. Der Begriff der wesentlichen Teilursächlichkeit bei der Begutachtung Nervenkranker. — Die „wesentliche Änderung" (§ 88 des G. U. V. G.) bei der Begutachtung Nervenkranker. Leipzig, G. Thieme. 100 S. 2 M. (S. 61*.)

14. *Stertz*, *G.* (Breslau), Über psychogene Erkrankungen und Querulantenwahn nach Trauma nebst ihrer Bedeutung für die Begutachtungspraxis. Ztschr. f. ärztl. Fortbildung Nr. 7 u. 8. (S. 63*.)

15. *Stursberg*, *H.* (Bonn), Über die Verwendung des Ergographen zum Nachweis der Simulation oder Aggravation von Paresen. Münch. med. Wschr. Nr. 7. (S. 60*.)



16. *Tetzner*, *Rud.* (Leipzig-Stötteritz), Neurasthenia querulatoria durch Unfallgesetz. Neurol. Zentralbl. Nr. 5, S. 235. (S. 63*.)

17. *Thiem*, Handbuch der Unfallerkrankungen einschließlich der Invalidenbegutachtung. II. Aufl. Stuttgart 1910, Ferd. Enke.

18. *Windscheid*, *Fr.* (Leipzig-Stötteritz), Angebliche Schwindelanfälle als Unfallfolgen abgelehnt. Med. Klinik 1910, Nr. 4.

19. *Windscheid*, Paralyse und Unfall. Ärztl. Sachv.-Ztg. Nr. 5, 1910.

20. *Windscheid*, *Franz* (Leipzig-Stötteritz), Über Hirnerschütterung. Deutsche med. Wschr. 1910, Nr. 1, S. 8.

Erben (3) macht darauf aufmerksam, daß in Attesten über traumatische Neurosen oft subjektive Angaben als objektive Unterlagen verwertet, organische Symptome als Zeichen funktioneller Erkrankung angesehen werden und der Befund oft ungenau oder unvollkommen aufgenommen wird. Er führt einige Methoden an, mit denen man objektiven von simuliertem Romberg unterscheiden kann, weist auf die Wichtigkeit der Pulsbeschleunigung über 20 bei Lagewechsel und des *Schwabach*schen Versuches für den Nachweis von Veränderungen im Schädelinnern hin und führt dann eine Reihe von Simulanten vor. Er empfiehlt die Einteilung der Verletzten in zwei Gruppen, Schwer- und Leichtverletzte, man gebe den ersten eine höhere, den anderen eine niedrigere Rente, lasse sie dann aber 1—2 Jahr in Ruhe mit Nachuntersuchungen. Von allen therapeutischen Maßnahmen ist die Psychotherapie nach *Ziehen* am wirksamsten. *Ledderhose* (8) verlangt von den Berufsgenossenschaften genauere Fassung der Unfallprotokolle, von den Richtern eine psychologische Würdigung der Zeugenaussagen in Unfallsachen, von den Ärzten eine genauere Abfassung ihres Gutachtens, und von Richtern und Ärzten das Vermeiden von Suggestivfragen bei Vernehmungen und Anamnesenerhebung. Auch gegen die Vereidigung in Unfall- und Invalidenrentenstreitsachen hat er mannigfache Bedenken.

Hasslauer (5) hat an Geisteskranken, Nervösen und Traumatikern den *Schwabach*schen Versuch gemacht, der in einer Verkürzung der Kopfknochenleitung besteht, während die ganze übrige Funktionsprüfung normale Hörverhältnisse ergibt. Diese Erscheinung berechtigt zu dem Schlusse, daß eine organische Veränderung im Schädelinnern oder den Schädeldecken vorliegt, und ist, wenn sie von einem Spezialisten ausgeführt wird, ein sicheres Hilfsmittel für den Sanitätsoffizier wie für die Ärzte der Versicherungsgesellschaften zur Diagnose der traumatischen Neurosen. Vorbedingung ist eine vollständige Funktionsprüfung, Simulation so gut wie unmöglich.

Bei der Häufigkeit der Aggravation und Simulation von Unfallfolgen muß jeder Apparat und jede Methode, die den Gutachter beim Nachweis der Simulation unterstützt, willkommen sein. *Stursberg* (15) hat deshalb den *Mosso*schen Ergographen in modifizierter Form zur Untersuchung von Paresen verwandt, mit dem man bei ein und derselben Person immer dieselbe Ermüdungskurve er-



zielt. Finden sich also bei einem Untersuchten einmal so und dann wieder andersgestaltete Kurven, so ist anzunehmen, daß die Willkür dabei eine Rolle gespielt hat. Neurastheniker und Hysteriker ohne Aggravation haben typische Ermüdungskurven und, wie Gesunde, auch immer annähernd gleiche Arbeitsleistungen. Stark wechselnde Form und Länge der Kurven und Wechsel der Hubhöhe und Arbeitsleistung spricht deshalb gegen das wirkliche Vorhandensein einer Parese.

Merzbacher (9) berichtet über einen Versicherungsschwindler, der durch Simulation von Unfällen und schweren Unfallfolgen sich etwa 25 000 M. erschwindelt hatte. Bemerkenswert ist besonders, daß zahlreiche Ärzte, darunter klinische Autoritäten ersten Ranges immer wieder auf ihn hereingefallen waren, bis schließlich zwar kein Mediziner, wohl aber ein einfacher Agent ihn entlarvte. Zuletzt suchte er auch noch eine Psychose zu simulieren, *M.* kam aber zu dem Gutachten, daß § 51 nicht vorläge.

Sachs (11) hat seine Erfahrungen, die er an dem großen Material der Breslauer Heilanstalt für Unfallverletzte gemacht hat, in einer Studie wiedergegeben. Er versucht zunächst den Begriff der Unfallneurose möglichst scharf zu begrenzen, betont die Notwendigkeit psychogene, funktionelle und organische Symptome streng auseinanderzuhalten und entwickelt dann das Bild der Schreckenneurose und im Anschluß daran das der traumatischen Neurose. Diese scheint ihm mit Zuständen hysterischer Entartung und mit Bildern der Haftpsychosen nahe verwandt zu sein, mit denen sie neben der bunten Mischung verschiedenster nervöser Symptome Arbeitsunlust, Egoismus und mangelndes Pflichtgefühl gemeinsam hat. Die eigentliche Grundlage der Neurose ist die psychische Minderwertigkeit der Verletzten, auf der der Gedanke an eine zu erwartende Rente einen günstigen Boden findet. Die Unfallneurose stellt deshalb ein Beispiel psychischer Infektion dar. Die einzelnen Symptome, die Methoden zu ihrer Untersuchung, die Beurteilung der Krankheit und ihre Begutachtung wird in den folgenden Kapiteln eingehend besprochen, die Behandlung der Unfallneurosen als wertlos bezeichnet, da sie nur geeignet ist, die hypochondrischen Beschwerden lebendig zu erhalten und zu verstärken. Die Bekämpfung muß sich zunächst gegen die festgewurzelte Volksmeinung richten, daß ein Unfall eine Rente bedingt, die kleinsten Renten müßten verweigert werden, damit man den schwer Geschädigten mehr zukommen lassen kann: Gewöhnungsrenten müssen von vornherein auf bestimmte Zeit festgesetzt werden, für manche Fälle wäre einmalige Entschädigung am Platze. Die Ausbildung der Ärzte in der Diagnostik und Beurteilung der Unfallneurosen muß noch besser werden, namentlich müßten sie sich daran gewöhnen, nicht auf Kosten anderer falsche Humanität zu treiben. Das radikalste Mittel würde allerdings das sein, daß man Neurosen überhaupt nicht als entschädigungsberechtigt anerkennte, weil sie nicht dem Unfall, sondern dem Streben nach Rente oder dem Kampfe um die Rente ihre Entstehung verdankten. Diesen Punkt, den auch das Reichsversicherungsamt schon in seiner Rechtsprechung berücksichtigt hat, müßten auch die Ärzte mehr als bisher bei der Beurteilung der Erwerbsfähigkeit bei Unfallneurosen Rechnung tragen. *Schuster* (13) behandelt zunächst die bei Unfallneurosen nicht seltene Simulation oder Übertreibung, die sich sowohl auf den



ursächlichen Zusammenhang von Unfall und Neurose wie auch auf die Simulation einzelner Symptome beziehen kann. Beide Möglichkeiten werden eingehend besprochen und Methoden zur Feststellung der Simulation angegeben. Als bestes Mittel zur Beurteilung simulationsverdächtiger Nervenkranker empfielt *Sch.* das genaue Studium von einwandfreien, nicht an Rente usw. interessierten Kranken. Ein zweiter Vortrag *Sch.*s beschäftigt sich mit dem Begriff der wesentlichen Teilursächlichkeit bei der Begutachtung von Nervenleiden. Nach einer Entscheidung des Reichsversicherungsamtes braucht ein Unfall nur eine wesentliche Teilursache einer bestehenden Gesundheitsschädigung zu sein, um als entschädigungspflichtig anerkannt zu werden. Es kommen subjektive und objektive Symptome in Frage, die als Verschlimmerung eines Leidens nach Unfall angesehen werden können. Die Beurteilung der ersten hat besonders auf Grund des Verlaufs und der Entwicklung der Unfallsache und eines genauen Aktenstudiums, weniger des objektiven Befundes zu erfolgen, bei der Begutachtung objektiver Krankheitserscheinungen warnt *Sch.* besonders vor zu freigebiger Annahme einer Verschlimmerung oder einer Beschleunigung des Verlaufs eines Leidens durch einen Unfall. Schon bei der ersten Begutachtung müssen die einzelnen Symptome genau fixiert und ihr Zusammenhang mit dem Unfall festgelegt werden, auch der seit dem Unfall verflossene Zeitraum ist zu berücksichtigen. Der dritte Vortrag *Sch.*s beschäftigt sich mit dem Nachweis einer wesentlichen Änderung, Besserung oder Verschlimmerung eines Leidens, der in praxi oft große Schwierigkeiten macht. Die gesetzlichen Bestimmungen hierüber werden angeführt und an der Hand praktischer Beispiele illustriert. Auch der Begriff der Gewöhnung wird erörtetrt und betont, daß bei Bemessung der Rente Rentenkürzung als Heilmittel unzulässig ist. *Jakoby* (7) hat mehrere Nervenheilstätten besichtigt und der Literatur über die Unfallneurosen ein eingehendes Studium gewidmet. Er faßt die Ergebnisse seiner auf diese Weise gewonnenen Erfahrungen in einer Arbeit zusammen, die neben zahlreichen Literaturangaben über die Entstehung und Häufigkeit der traumatischen Neurosen hauptsächlich Vorschläge zur Prophylaxe enthält. Durch besseren Schulunterricht, der namentlich mehr als bisher auf die Ausbildung des Charakters sehen soll, durch bessere Ernährung und hygienischere Wohnungen. durch Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten und des Alkoholkonsums soll man versuchen, die kommenden Geschlechter vor der Prädisposition zu traumatischen Neurosen zu bewahren. Bei Verdacht auf Neigung zu Neurosen ist die Überführung des Verletzten in eine Heilanstalt angezeigt. Geeignetes Anstalten sind die Volksnervenheilstätten im Sinne von *Moebius*. Übergangsstationen mit Arbeitsnachweisen sollen die Rückkehr zur Arbeit erleichtern. Die Behandlung muß hauptsächlich das psychische Moment berücksichtigen, obligatorischer Unterricht in der Psychotherapie der Unfallneurosen müßte in den Instituten für soziale Medizin vermittelt werden. Abkürzung des Verfahrens in Rentenstreitsachen wäre erwünscht, die Aufhebung der Kostenlosigkeit des Rekurses sowie die Einführung der einmaligen Kapitalsabfindung wäre bedenklich. *Ernst Schultze* (12) erörtert den Kampf um die Rente und den Selbstmord in der Rechtsprechung des Reichsversicherungsamtes. Er betont, daß die Entscheidungen des Reichs-



versicherungsamts: Verschlimmerungen von Neurosen, welche lediglich durch den Kampf um die Rente entstanden sind, seien nicht entschädigungspflichtig, einer ärztlichen Kritik nicht standhalten könnten. Der zwingende Nachweis, daß die Ansprüche des Verletzten unberechtigt seien und arglistigerweise verfolgt würden, wäre nicht erbracht. Beim Kapitel Selbstmord bemängelt *Schultze* hauptsächlich, daß das Reichsversicherungsamt aus der Art der Verletzung und aus der gewählten Todesart Schlüsse daraus gezogen habe, ob eine geistige Umnachtung vorgelegen habe oder nicht, auch der Ausdruck geistige Umnachtung für Psychose erscheint ihm nicht glücklich gewählt. In rechtlicher Beziehung macht namentlich die Unterscheidung, ob ein Unfall Anlaß oder Ursache einer Krankheit ist, dem Gutachter Schwierigkeiten, aber auch die ärztliche Beurteilung vieler Fälle ist noch verbesserungsbedürftig, vor allem müssen die Ärzte noch eine bessere Ausbildung in der Beurteilung von Neurosen erhalten und sich größerer Verantwortlichkeit bei der Ausstellung von Gutachten bewußt werden als bisher.

Die 4 Kranken *Tetzners* (16) hatten das Gemeinsame, daß sich bei ihnen an einem mehr oder minder schweren Unfall eine Neurasthenie anschloß, die mit einer Teilrente entschädigt wurde. Im Laufe der Jahre nahm das Leiden einen querulatorischen Zug an, so daß man von Paranoia oder Neurasthenia querulatoria sprechen mußte. Den Grundzug bildete die Vorstellung der rechtlichen Benachteiligung, alle waren völlig unbelehrbar, der Vorstellungsinhalt eintönig, das Selbstgefühl und die gemütliche Erregbarkeit gesteigert. Die Entwicklung wies mit Bestimmtheit auf das Unfallgesetz als Ursache hin. Sie waren daher nicht entschädigungspflichtig. *Stertz* (14) berichtet über 9 Fälle von psychogener Erkrankung nach Trauma, die als psychogene Pseudodemenz, als psychogen-paranoide Wahnbildungen und als psychotische Steigerung paranoischen Temperaments (Querulantenwahn) auftraten, und meint, daß man einen Zusammenhang zwischen Trauma und Krankheit in allen Fällen annehmen muß, in denen eine enge zeitliche Aufeinanderfolge von Unfall und psychotischen Symptomen vorliegt. Dies gilt auch, wenn die psychischen Erscheinungen sich auf dem Boden einer ausgesprochenen Unfallneurose entwickeln. Auch dann sind sie als Unfallfolge und nicht als Rentenkampfneurosen oder -psychosen anzusehen. Die Ansicht von *Sachs* und *Mendel*, daß sie in diesen Fällen nicht entschädigungspflichtig wären, teilt *St.* also nicht. Die Erwerbsbeschränkung wird meist zu hoch eingeschätzt, 30—60 % genügen nach *St.*s Erfahrungen, und bei den querulatorischen Formen pflegt die Arbeitsfähigkeit aufgehoben zu sein.

Fürbringer (4) hat 35 mal den Zusammenhang zwischen Trauma und Schlaganfall zu begutachten gehabt, darunter befanden sich nur zwei Fälle, in denen ein psychisches Trauma als Ursache der Apoplexie angeschuldigt wurde. In dem einen konnte ein Zusammenhang angenommen werden, weil die Apoplexie bei dem arteriosklerotischen Manne unmittelbar nach einer Aufregung eintrat, in dem anderen kam *Fr.* zu einem non liquet, weil die seelische Erregung in die Morgenstunden fiel, der Schlaganfall aber erst am Spätnachmittag auftrat. Ein zeitlicher Zusammenhang war also nicht zu konstatieren. Andererseits konnte man einen Zusammenhang aber auch nicht ganz von der Hand weisen, weil wir



über die Dauer der Einwirkung seelischer Erregungen auf den Blutdruck nichts Genaues wissen.

Cohn (2) teilt einen Fall mit, in dem ein Mann nach einem anscheinend leichten Kopftrauma 4 Jahre stumm blieb. Trotzdem er in dieser Zeit wiederholt eingehend beobachtet und untersucht wurde, ließ sich nicht entscheiden, ob ein organisches Hirnleiden, ob Hysterie oder Simulation vorlag.

VII. Psychiatrie und Militär.

1. *Adam* (Bourg), Les maladies mentales dans l'armée. Ann. méd. psychol. Jahrg. 68, Nr. 3 (November und Dezember), S. 409.
2. *Batier*, Les fugues des débiles mentaux dans l'armée. Archives internationales de neurologie 1910, I, 7e série, Nr. 2, S. 94 bis 101.
3. *Becker, Th.* (Metz), Forensische Psychiatrie in der Armee. Deutsche med. Wschr. Nr. 16, S. 761. (S. 65*.)
4. *Biaute, A.* (Nantes), Les aliénés dans l'armée et devant la justice militaire. Ann. méd.-psychol. 1910 (Juli-August), 68me année, Nr. 1, S. 48.
5. *Cramer, A.* (Göttingen), Die Grenzzustände in Armee und Marine. Deutsche militärärztl. Ztschr. 1910, H. 7. (S. 65*.)
6. *Doche*, Dégénérés et déséquilibrés dans les compagnies de discipline. Archives d'anthropologie criminelle p. 308.
7. *Haury*, Le dépistage des anormaux psychiques. Étude mentale d'une catégorie de déliquents militaires, „les bons absents". Archives d'anthropolog. crim. 25, 458, 1910.
8. *Haury*, Quelques idées allemandes sur les anormaux et les malades psychiques dans l'armée et dans la marine. Le Caducée 1910, Nr. 11, S. 146—148.
9. *Haury*, La psychiatrie dans l'armée. Revue de médecine 1910, 30me an., Nr. 3, S. 180.
10. *Hesnard*, La neuropsychiatrie dans la marine. Archives de médecine mentale Nr. 1, p. 35.
11. *Krause*, Katatonische Symptome bei Dementia praecox. Deutsche militärärztl. Ztschr. 1910, H. 5. (S. 66*.)
12. *Mattauschek, Emil*, Poriomanische Zustände. Wien. med. Wschr. Nr. 27. (S. 66*.)
13. *Mönkemöller* (Hildesheim), Forensische Psychiatrie in der Armee. Deutsche med. Wschr. Nr. 18, S. 847.



14. *Naville*, *Fr.* (Genf), Contribution à l'étude de l'aliénation mentale dans l'armée Suisse et dans les armées étrangères. Genf, Kündig. 184 S. (S. 67*.)

15. *Richards*, *R. L.*, Military psychiatry. The americ. journ. of insan. 1910, Vol. 67, Nr. 1, p. 97.

16. *Rosenbach*, *P.* (St. Petersburg), Ein Fall von Mord aus Verfolgungswahn. Arch. f. Kriminalanthrop. u. Kriminalistik Bd. 36, H. 3 u. 4 u. 42. (S. 67*.)

17. *Rouby*, Pénitenciers militaires. Archives internationales de neurologie 1910 I, 7me série, Nr. 5, p. 321—337.

18. *Schuppius* (Frankfurt a. M.), Psychopathologie des Fremdenlegionärs. Deutsche militärärztl. Ztschr. 1910, H. 17. Ref.: Deutsche med. Wschr. 1910, Nr. 38, S. 1775. (S. 66*.)

19. *Siemonin*, *J.*, Epilepsie psychique et délits militaires. Le Caducée 1910, Nr. 8, p. 103—106. Ref.: Revue de psych. 11., p. 476.

20. *Stier*, *E.* (Berlin), Erkennung und militärärztliche Beurteilung der „Psychopathischen Konstitutionen". Berl. klin. Wschr. Nr. 24, S. 1125. Ref.: Neurol. Zentralbl. 19, S. 1059.

21. *Weyert*, *M.* (Spandau), Beitrag zur Erkennung des Schwachsinns durch Truppe und Arzt. Med. Klinik 1910, Nr. 37, S. 1436. (S. 66*.)

Cramer (5) weist auch in seinem Vortrage über Grenzzustände in Armee und Marine darauf hin, daß wir eine genaue klinische Kenntnis dieser Zustände besitzen und verlangt, daß sie eine entsprechende Berücksichtigung in der Militärpraxis finden, ein Verlangen, das aus dem gebieterischen, vitalen Interesse von Armee und Marine entspringt. Zu den Grenzzuständen zählen die Neurasthenie, die degenerative Nervosität, die Degenerierten, die Hysterie, die traumatischen Charaktere, die Epileptiker, Imbezillen und Debilen, die Arteriosklerotiker, Hirnsyphilitiker und chronischen Alkoholisten. Ihre Gesamtsumme schätzt *Cr.* auf 10 %, sie sind aber nicht alle dienstunbrauchbar; Nervöse, Neurastheniker und Hysterische können sehr wohl ihrer Militärpflicht genügen, wenn es sich um leichte Fälle handelt, Degenerierte, Imbezille und Epileptiker sind meist dienstunbrauchbar, die übrigen Formen selten felddienstfähig. Es ergibt sich daraus, daß man die Frage der Militärdienstbrauchbarkeit der Grenzzustände nicht generell entscheiden kann. Man muß jeden einzelnen Fall sorgfältig darauf prüfen, genügend lange Beobachtung wird immer Klarheit schaffen und auch die Frage nach ev. Simulation entscheiden.

Beckers (3) und *Mönckemöllers* (13) Kontroverse über den Stand der forensischen Psychiatrie in der Armee hat hoffentlich das Gute, daß Ver-



besserungen stattfinden, wo solche noch nötig sind. Daß dies hier und da der Fall zu sein scheint, macht die folgende Arbeit wahrscheinlich.

Krause (11) berichtet über zwei Fälle von Dementia praecox bei Soldaten. Er betont, daß hauptsächlich die negativistischen Erscheinungen dieser Krankheit zu schweren Konflikten mit der Disziplin führen können, und zwar zu einer Zeit, wo die Krankheit noch schwer erkennbar ist. Wichtig ist besonders eine Veränderung des Wesens und Charakters des Mannes um die Zeit seiner strafbaren Handlungen für die Diagnose der Krankheit, gemütliche Abstumpfung, Zerfahrenheit, Depression sind beachtenswert, wenn auch noch kein Intelligenzdefekt vorliegt. Längere Beobachtung ist notwendig. Eine Nichtbeachtung dieser Symptome kann zu schweren Fehldiagnosen führen und ungerechte Bestrafungen nach sich ziehen. *Kr.* führt drei weitere Fälle an, in denen dies besonders kraß zum Ausdruck kommt. In einem dieser Fälle war der behandelnde Arzt, der eine mustergültige Krankengeschichte eines katatonischen Erregungszustandes geliefert hatte, nicht von dem Vorhandensein einer Krankheit zu überzeugen, „weil die bei allen unsinnigen Handlungen zweifellos vorhandene Orientiertheit darauf schließen ließ, daß es sich um ein grobes Täuschungsmanöver handelte".

Schuppius (18) berichtet über die schweren Schädlichkeiten, welchen die Fremdenlegionäre ausgesetzt sind die enorme Sterblichkeit (44,8—103,7 auf 1000 gegen 2,4 : 1000 in Deutschland) erklären. Et teilt dann eine Anzahl sehr instruktiver Fälle von Soldaten mit, die früher in der Fremdenlegion gedient hatten und an psychischen Störungen verschiedener Art litten. Es kann danach kein Zweifel darüber bestehen, daß die ehemaligen Angehörigen der Fremdenlegion ein Material darstellen, das in seinen psychischen und intellektuellen Fähigkeiten den Anforderungen des deutschen Militärdienstes nicht oder nicht voll gewachsen ist. Sie sind meist von Jugend auf schwachsinnig oder entartet oder sie leiden an Geisteskrankheit oder ihre psychische Widerstandsfähigkeit gegen Einflüsse aller Art ist schwer geschädigt. Nur eine genaue psychiatrische Untersuchung jedes neueingestellten Fremdenlegionärs kann die mannigfaltigen Schädlichkeiten vermeiden, welche der Truppe aus der Anwesenheit dieser größtenteils minderwertigen Individuen erwachsen.

Weyert (21) betont besonders die Notwendigkeit des Zusammenarbeitens von Truppe und Arzt zur Feststellung des angeborenen Schwachsinns bei Soldaten und Militärgefangenen. Unter diesen befindet sich eine ganze Reihe Schwachsinniger, die aber nur durch genaue ärztliche Untersuchung herausgefunden werden können, dem Laienauge entgehen sie meist.

Mattauschek (12) hat 69 Fälle von Wandertrieb bei Soldaten auf das Vorliegen von krankhaften geistigen Störungen als Ursache des Wandertriebes untersucht. 21 Fälle waren nach genauer Untersuchung frei von solchen Störungen, es waren moralisch Defekte, trunksüchtige oder kriminelle Persönlichkeiten oder Arbeitsscheue und Vagabonden, die sich durch Entfernung der militärischen Disziplin oder drohenden Strafen entziehen wollten, 4 waren Simulanten, 5 Fälle blieben unklar, 39 waren echte Poriamaniker (8 Imbezille, 6 Hysteriker, 7 Epileptiker, 18 Degenerierte). Die Diagnose muß sich auf genaue Anamnese,



sorgfältige Beobachtung und Untersuchung der intervallären Symptome und der Grundkrankheit stützen, da der eigentliche Krankheitszustand selten zur Beobachtung kommt. Bei Epileptikern muß man unterscheiden: Wanderungen im Dämmerzustand, in Verstimmungszuständen mit und ohne Bewußtseinstrübung und triebartiges Fortlaufen; in jedem Falle muß sorgfältig geprüft werden, ob die Geistestätigkeit so gestört war, daß die Verantwortlichkeit aufgehoben war.

Rosenbach (16) berichtet über einen Unteroffizier, der seinen Kameraden aus Furcht, von ihm ermordet zu werden, erschossen hatte. Es handelte sich um einen Paranoiker, dessen Krankheit sein Verhältnis zur Außenwelt und zu seinen eigenen Interessen so wenig beeinflußte, daß er mehrere Jahre in demselben Regiment hatte dienen können, ohne aufzufallen. Die Diagnose der Krankheit war erst nach 5 monatlicher Beobachtung sicher zu stellen.

Naville (14) gibt eine Literaturübersicht über die Psychosen in den fremden Armeen und berichtet dann über 81 Fälle von Geistesstörung aus der Schweizer Armee, unter denen alle möglichen Formen vertreten sind.

---

3. Allgemeine Psychiatrie.

Referent: Otto Snell-Lüneburg.

1. *Albrand, W.* (Sachsenberg i. Mecklbg.). Zur augenärztlichen Tätigkeit in der Irrenanstalt. Arch. f. Augenheilkunde 66. Bd., H. 2—4., S. 114.
2. *Allers, R.*, Tatsachen und Probleme der Stoffwechselpathologie in ihrer Bedeutung für die Psychiatrie auf Grund neuerer Arbeiten. Ztschr. f. Psychol. u. Neurol. S. 157.
3. *Altavilla, E.*, Psicologia del suicidio. Neapel, Parrella.
4. *Alzheimer, A.*, Die diagnostischen Schwierigkeiten in der Psychiatrie. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. H. 1, S. 1.
5. *Araki, S.*, Studien über Kniereflexkurven. Neurologia (Japanisches Zentralbl. f. Neurol., Psychiatrie usw.) Bd. 9, H. 3, S. 97. (Japanisch.)
6. *Aronsohn, Oscar* (Berlin), Das Problem im „Baumeister Solness" (Baumeister Solness — Hilde Wangel). Halle, Marhold. 64 S. 1,60 M. (S. 91*.)
7. *Arsimoles, L.* (Saint-Venant), Troubles mentaux dans les maladies du cœur. Écho médical du Nord, 17. April 1910.





8. *Aschaffenburg* (Köln), Die Bedeutung der Angst für das Zustandekommen des Zwangsdenkens. Gesellsch. deutsch. Nervenärzte.

9. *Aub*, Wirkung des galvanischen Stromes bei Erschöpfungszuständen des menschlichen Gehirns. München. Verl. d. Ärztl. Rundschau: O. Gmelin. 29 S. mit Abbildgn. 1 M.

10. *Bachem*, *Carl* (Berlin), Unsere Schlafmittel. II. Aufl. 99 S. 2 M. Berlin. August Hirschwald.

11. *Baden*, *F.*, Teuerung, Nahrung, Entartung. Berlin. Berlinische Verlagsanstalt.

12. *Barr*, *M. W.*, Some notes on the study of the stigmata of degeneration. 12 S.

13. *Baruch*, *S.* (New York), La Pratique de l'hydrothérapie. Édition française par G. Collet (Boulogne). 739 pages avec figures. 10 fr. Paris. Baillère et fils.

14. *Bauer*, *J.*, und *Biach*, *P.* (Wien), Über die Ermüdbarkeit des *Babinski*schen Zehenphänomens und seine Beeinflussung durch den Patellarsehnenreflex. Neurol. Zentralbl. Nr. 3, S. 116.

15. *Bechterew*, *W. M.*, La suggestion et son rôle dans la vie sociale. Traduction P. Kéraval. Paris. Boulangé.

16. *Becker*, Die Diätetik bei der Irrenbehandlung. Medico Nr. 37. S. 436.

17. *Becker*, *W.* (Weilmünster), Ein Fall von Paraldehydvergiftung. Reichs-Medizinal-Anzeiger v. 9. Dez. 1910, Jahrg. 35, Nr. 25. S. 390. (S. 98*.)

18. *Becker*, Die ärztliche Behandlung von Geisteskranken. Therap. Rundschau S. 50.

19. *Becker*, *W. H.* (Weilmünster), Pantopon, ein Ersatzmittel des Opiums, und seine Verwendbarkeit in der Irrenpflege. Reichs-Medizinal-Anzeiger Nr. 18.

20. *Becker*, *W. H.* (Weilmünster), Über den gegenwärtigen Stand der Serodiagnostik (und -therapeutik) bei Geisteskranken. Medico Nr. 23 vom 8. Juni 1910.

21. *Becker*, *W. H.* (Weilmünster), Psychiatrische Krankheitsbezeichnungen. Deutsche Ärzteztg. H. 3.

22. *Becker, W. H.* (Weilmünster), Einige Versuche mit Eglatol in der Psychiatrie. Mod. Med. Nr. 2.

23. *Becker, W. H.* (Weilmünster), Zu den Methoden der Intelligenzprüfung. Klin. f. psych. u. nerv. Krkh., herausg. v. *R. Sommer*, Bd. 5, H. 1, S. 1.

24. *Bellisari, G.*, Sull' azione sedativa delle iniezoni intrarachidee di solfato di magnesio nella cura dei gravi stati di agitazione psicopatica. Rivista Italiana di neuropatol., psich. ed elettroterapia. 3 fasc. p. 8.

25. *Benigni, P. F.*, Dello ptialismo nelle malattie mentali e nervose. Rivista sperimentale di Freniatria vol. XXXVI, p. 254—265. (S. 94*.)

26. *Benon*, Délire d'interprétation et contagion mentale. Journ. de psychol. normale et path. nr. 2, S. 133.

27. *Berger, Hans* (Jena), Über die körperlichen Äußerungen psychischer Zustände. Ztschr. f. Psychol. u. Physiol. d. Sinnesorgane Abt. I, Bd. 56, H. 4, S. 299.

28. *Berger, Hans* (Jena), Untersuchungen über die Temperatur des Gehirns. 130 S. 4,50 M. Jena. Gustav Fischer. (S. 96*.)

29. *Bergien, Walter* (Sterbfritz), Über die Beeinflussung von Atmung und Zirkulation durch Pantopon. Münch. med. Wschr. Nr. 46, S. 2409. (S. 97*.)

30. *Berliner, Bernhard* (Berlin), Ein neuer Hammer zum Prüfen der Sehnenreflexe. Deutsch. med. Wschr. Nr. 33, S. 1532.

31. *Berner, F.*, Il matrimonio tra consanguinei. Rivista di psicologia applicata 6, Nr. 1, p. 82.

32. *Berze, Jos. (Wien)*, Bemerkungen zur Theorie der Halluzinationen. Arch. f. Psych. Bd. 46, H. 3, S. 1009.

33. *Bethge, W.* (Halle), Der Einfluß geistiger Arbeit auf den Körper unter besonderer Berücksichtigung der Ermüdungserscheinungen. Samml. zwangl. Abhandl. a. d. Gebiete der Nerven- u. Geisteskrkh. Bd. 9, H. 3. Halle. Marhold. 51 S. 1,20 M.

34. *Beyer, W.* (Magdeburg), Grenzen der Leistungsfähigkeit der Cobragiftmethode. Deutsche med. Wschr. Nr. 14, S. 667.

35. *Bezzola-Rohr* (St. Moritz), Zu den psychotherapeutischen [illegible]kungen des Hochgebirges. Ztschr. f. Balneologie 3.



36. *Binet-Sanglé*, La folie de Jésus. Ses connaissances, ses idées, son délire, ses hallucinations. Paris. A. Maloine. 516 S.

37. *Birnbaum*, *Karl* (Buch), Zur Frage der psychogenen Krankheitsformen. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 1, H. 1, S. 27.

38. *Birnbaum*, *Karl* (Berlin-Buch), Über psychische Ursachen geistiger Störungen. Deutsche med. Wschr. Nr. 19, S. 884.

39. *Bisgaard*, *A.* (Kopenhagen), Methode zu objektiver Schätzung der sogenannten Phase I bei Untersuchungen des Liquor cerebrospinalis. Mtschr. f. Psych. u. Neurol. Bd. 28, H. 2, S. 124. (S. 94*.)

40. *Bittner*, *J.*, Erfahrungen mit Sabromin. Prag. med. Wschr. Nr. 21. (S. 98*.)

50. *Blondel*, *Ch.*, et *Camus*, *P.*, Le „délire des gouvernantes". Journ. de psychol. normale et pathol., 7. ann., no. 1, p. 32.

51. *Boettiger*, *A.* (Hamburg), Ein neues Hilfsmittel zum Nachweise schwächster Sehnenreflexe. Neurol. Zentralbl. Nr. 3, S. 122.

52. *Bonhoeffer*, *K.* (Breslau), Die symptomatischen Psychosen im Gefolge von akuten Infektionen u. inneren Erkrankungen. 139 S. 3 M. Leipzig u. Wien. Franz Deuticke. (S. 92*.)

53. *Bossi*, *L. M.* (Genua), Religiöser Wahn aus gynäkologischen Gründen. Gynäkol. Rundschau Jahrg. 4, H. 15.

54. *Bouchaud*, Tumeurs sanguines et tumeurs séro-albumineuses du pavillon de l'oreille chez les aliénés. L'Encéphale no. 6, p. 686—695.

55. *Boulenger* (Lierneux), Poésie et démence. Journ. de neurol. no. 12, p. 221.

56. *Bourilhet*, Traumatisme et troubles mentaux. Arch. internat. de neurol. II, 8e série, no. 8—10.

57. *Bresler*, *J.* (Lublinitz), Einheitliche Bezeichnung und Einteilung der Psychosen. Psych.-neurol. Wschr. 1909/10 v. 8. Jan. 1910, Nr. 42, S. 367.

58. *Bresowski*, M., Über die Wirkung des Peptons auf Geisteskranke. Newrologitscheski Wjestnik (Bote) Bd. 17, H. 4 (Russisch). (S. 96*.)

59. *Briand*, *M.*, et *Vigouroux*, *A.*, Psychose familiale. Bull. de la soc. clin. de médecine mentale 3e an., Nr. 3, S. 68—76.



60. *Brown, Sanger* (Chicago, Ill.), Notes on the treatment of acute insanity. The americ. Journ. of insan. vol. 66, No. 4, p. 669.

61. *Brunet* et *Calmettes*, Un cas de psychose postgrippale sans confusion mentale. L'encéphale 5e an., no. 10, p. 291.

62. *Buckley, C. F.* (San Francisco), The Emmanuel movement and its affinities. The alienist and neurologist vol. 31, no. 1, p. 70.

63. *Bürgi, Emil* (Bern), Die Wirkung von Narcoticakombinationen. Deutsche med. Wschr. Nr. 1, S. 20 (S. 97*.)

64. *Butenko, A. A.*, Über die Bedeutung der *Ehrlich*schen Dimethylamidobenzaldehyd-Reaktion in der Klinik psychischer Erkrankungen. Obosrenje Psychiatrii 1909, Nr. 7 (Russisch). (S. 95*.)

65. *Carr, H. W.*, Instinct and intelligence. The Brit. journ. of psychol. III, part. 3, p. 230.

66. *Cemach, J.* (Wien), Differential-diagnostische Tabellen der inneren Krankheiten. 3 M. München. J. F. Lehmann. (S. 89*.)

67. *Church, A.*, Nervous and mental disturbances of the male climacteric. Journ. of the americ. med. Assoc. 55, 301.

68. *Clarke, Sidney*, The blood-pressure in mental disorders. Journ. of mental science no. 232, p. 96. (S. 94*.)

69. *Cornu*, Tuberc. et psychose. Progr. méd. no. 15.

70. *Coroleu, W.* (Barcelona), J. J. Rousseau. Revista frenopática española no. 91, S. 193.

71. *Corson-White* und *Ludlum* (Philadelphia), A review of serum reactions in cases of nervous and mental diseases. Journ. of nerv. and mental disease vol. 37, no. 12, p. 721.

72. *Coupland, S.* (London), The causes of insanity, with especial reference to the correlation of assigned factors: a study of the returns for 1907. Journ. of mental science no. 232, p. 1.

73. *Courbon, Paul*, Le traitement de l'agitation par le bercement. L'encéphale no. 10, p. 279.

74. *Cramer, A.* (Göttingen), Zur Symptomatologie und Therapie der Angst. Deutsche med. Wschr. Nr. 32. S. 1473.

75. *Cramer, A.*, Moderner Aberglaube (Kurpfuscherei, Gesundbeterei, Spiritismus). Korr.-Bl. d. Deutsch. Gesellsch. 41, 16—20.



76. *Damaye, H.*, La période de curabilité dans les affections mentales. Le Progrès médical no. 15, p. 343.
77. *Damaye, H.*, Quelques considérations sur l'emploi thérapeutique de l'iode et des iodures en psychiatrie. Rev. de psych. tome 16, no. 1, p. 11.
78. *Damaye, H.*, et *Mézie, A.* (Bailleul-Nord), Moelle osseuse et rate crues dans les affections mentales aiguës et subaiguës. Rev. de Thérapeutique 7. Jahrg., Nr. 6, S. 181.
79. *Damaye, H.*, et *Mézie, A.*, États mentaux aigus traités par le collargol. Rev. de thérap. médico-chirurgicale ann. 77, no. 4, p. 114.
80. *Dana*, Heredity. Medic. Record no. 2651.
81. *Diller*, Anstaltsbehandlung der Geisteskrankheiten. Journ. of amer. assoc. 11. Juni 1910.
82. *Dost, Max* (Hubertusburg), Anleitung zur Untersuchung Geisteskranker und Ausfüllung der ärztlichen Aufnahmefragebogen deutscher, österreichischer und schweizerischer staatlicher Irrenanstalten. 105 S. 3 M. Leipzig. F. C. W. Vogel. (S. 89*.)
83. *Drewry, W. F.* (Petersburg, Va.), The scope of the activities of the alienist. The americ. journ. of insan. vol. 67, no. 1, S. 1.
84. *Drewry, W. F.* (Petersburg, Virginia), The insane. The alienist and neurologist vol. 31, no. 1, p. 36.
85. *Dubois, P.* (Bern), Grundlagen der Psychotherapie. Ther. d. Gegenw. Nr. 9.
86. *Dugas*, Un nouveau cas de paramnésie. Rev. philos. no. 6, p. 623.
87. *Dupré* et *Long-Landry*, Cénesthopathies. l'Encéphale no. 5, 437.
88. *Elmiger* (St. Urban, Luzern), Beiträge zum Irresein bei Zwillingen. Psych.-neurol. Wschr. No. 8 u. 9. (S. 95*.)
89. *Erdmann, C. C.* (Waverley, Mass.), On alkylamines as products of the Kjeldahl digestion. Journ. of biolog. chemistry vol. 8, no. 1, p. 41, Juli 1910.
90. *Eschle, F. C. R.* (Sinsheim), Symptomenbilder des Irreseins als Typen der psychischen Konstitution. Ztschr. f. Psychother. u. med. Psycholog., herausg. v. *A. Moll.* Bd. 2, H. 5, S. 265; H. 6, S. 362.
91. *Ewald, C. A.*, Das Pantopon-Sahli. Berl. klin. Wschr. No. 35, S. 1609.

92. *Famenne*, Le travail manuel agent de thérapeutique physique. Bull. de la soc. de méd. mentale de Belg., avril 1910, no. 150, p. 176.
93. *Fankhauser*, *E.* (Bern), Gehirn und Psychose. Korr.-Bl. f. Schweiz. Ärzte Jahrg. 40, H. 36.
94. *Fauser*, *A.* (Stuttgart), Über die sog. „Psychoreaktion" und einige andere damit zusammenhängende serologische Reaktionen. Württ. med. Korr.-Bl. S. 156.
95. *Feis*, *Oswald* (Frankfurt a. M.), Studien über die Genealogie und Psychologie der Musiker. Wiesbaden. J. F. Bergmann. 97 S. 2,40 M.
96. *Fernandez*, *Fr. M.* (Cuba), La operación de la catarata en los dementes. Revista frenopatica española no. 91, p. 214.
97. *Finckh*, *J.* (Berlin), Klinische Erfahrungen mit Adalin. Med. Klinik Nr. 47, S. 1860. (S. 98*.)
98. *Flatau*, *Georg* (Charlottenburg), Über ein neues Sedativum und Hypnoticum (Adalin). Deutsche med. Wschr. Nr. 52, S. 2425.
99. *Fleischmann*, *P.* (Berlin), Die Wirkung des Hypnotikums Adalin. Med. Klinik Nr. 47, S. 1859.
100. *Fornaca*, *G.*, u. *Valenti*, *L.*, Ricerche cliniche e sperimentali sul „Dibromobeenato di Calcio" (Sabromina Bayer). 57 S. Ferrara. Tipografia Ferrafiola.
101. *Fornaca*, *Giacinto* (Venedig), Cinque casi di mericismo in alienate. Annali del manicomio provinciale di Perugia anno 3, fasc. 4. (S. 94*.)
102. *Fränkel*, *S.* (Wien), Schlafmittel und ihre Wirkung. Med. Klinik Nr. 8.
103. *Franze*, *P. C.* (Nauheim), Höherzüchtung des Menschen auf biologischer Grundlage. Leipzig. E. Demme. 80 S. 1,80 M. (S. 94*.)
104. *Freud*, *Siegm.*, Die zukünftigen Chancen der psychoanalytischen Therapie. Zentralbl. f. Psychoanalyse Jahrg. 1, H. 1—2, S. 1.
105. *Friedländer* (Hohe Mark), Die soziale Stellung der Psychiatrie. Psych.-neurol. Wschr. Jahrg. 12, 1910/11, Nr. 27, S. 258.
106. *Fronda*, *R.* (Nocera Inferiore), Un caso di degenerazione con pervertimenti sessuali. Il Manicomio vol. 26, no. 1, p. 111.
107. *Frotscher* u. *Becker* (Weilmünster), Sauerstoffbäder in der Irrenpflege. Allg. Zeitschr. f. Psych. Bd. 66, H. 5.



108. *Fürbringer* (Berlin), Zur Würdigung der Quinquaudschen Fingerkrepitation. Deutsche med. Wschr. Nr. 41, S. 2037. (S. 94*.)

109. *Funkhouser*, *E. B.* (Trenton, N. J.), Scarlet fever as an etiological factor in the psychoses. Americ. journ. of insan. vol. 66, no. 4, p. 623.

110. *Gardi*, *Italo*, e *Prigione*, *Francesco*, Il siero di sangue dei malati di mente investigato col metodo biologico. Rivista sperim. di Freniatria vol. XXXVI, p. 266—332.

111. *Gaupp*, *R.* (Tübingen), Über den Selbstmord. 32 S. München, Otto Gmelin, Verlag der ärztl. Rundschau.

112. *af Geijerstam*, *Em.* (Gothenburg), Kann der Hypnotismus für die Therapie der Geisteskrankheiten Bedeutung erhalten? Ztschr. f. Psychotherap. u. med. Psychol. Bd. 2, H. 3, S. 164.

113. *af Geijerstam*, Hypnotismus in derTherapie der Geisteskrankheiten. Hygiea Nr. 5.

114. *Geißler*, *Walter* (Köln), Ergebnisse und neuere Untersuchungen über die Hemmungsreaktion im Blute von Geisteskranken. Deutsche med. Wschr. Nr. 7, S. 302.

115. *Geißler*, *W.* (Köln), Eine Eiweißreaktion im Blute Geisteskranker. Münch. med. Wschr. Nr. 15, S. 785.

116. *Genil-Perrin*, *G.*, La psychiatrie dans l'œuvre de Cabanis. Rev. de psych. no. 10, p. 398.

117. *Ghys*, *A. van der*, Des idées obsédantes (phobies, obsessions, trac des artistes) et de leur traitement. Journ. de neurol. (Belg.) no. 8—9, S. 141.

118. *Goldstein*, *Kurt* (Königsberg), Einige prinzipielle Bemerkungen zur Frage der Lokalisation psychischer Vorgänge im Gehirn. Med. Klinik Nr. 35, S. 1363.

119. *Goodall*, Ideals in psychiatry. Brit. med. journal Nr. 2572.

120. *Graf*, *Max* (Wien), Richard Wagner im „Fliegenden Holländer". Ein Beitrag zur Psychologie künstlerischen Schaffens. Schrift. z. angewandten Seelenkunde, herausg. v. *S. Freud*, H. 9. Leipzig u. Wien. Fr. Deuticke. 46 S. 1,80 M.

121. *Greenlees*, *T. D.*, Ethics of insanity. Brit. med. journ. no. 2588.

122. *Guillain*, *G.*, et *Vincent*, *Cl.*, Délire suraigu au cours d'une pneumonie. Présence de pneumocoques dans le liquide céphalorachidien sans éléments figurés. Méningite diffuse histolo-



gique. Bull. et memoires de la soc. méd. des hôp. de Paris, 27e année, no. 2, p. 37.

123. *Guttmann*, *Erich*, Beitrag zur Rassenpsychiatrie. Inaug.-Diss. Freiburg.

124. *Haenel*, *H.* (Dresden), Über den Harten-Gaumenreflex nebst Bemerkungen über den Schlundreflex. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 1, H. 4, S. 492.

125. *Hall*, *H. J.*, Work-cure. The journ. of the americ. med. ass. vol. 1, H. 5, p. 344.

126. *Hart*, *B.*, Phases of evolution and heredity. 259 S. 5 s. London. Rebman limited.

127. *Hartmann*, *Fr.* (Graz), Biologische Aufgaben des zentralen Nervensystems als eine Grundlage der Lehre von den Erkrankungen desselben. 16 S. 1 M. Wien. W. Braumüller.

128. *Hasche-Klünder* (Hamburg), Können Zwangsvorstellungen in Wahnvorstellungen übergehen? Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 1, H. 1, S. 31.

129. *Haslebacher*, *Joh.*, Psychoneurosen und Psychoanalyse. Korr.-Bl. f. Schweizer Ärzte S. 184.

130. *Havelock*, *Ellis*, Geschlecht und Gesellschaft. Grundzüge der Soziologie des Geschlechtslebens. Deutsch von *Hans Kurella*. Teil I, 334 S. 4 M. Würzburg. C. Kabitzsch.

131. *Hawke*, *W. W.* (Philadelphia), The importance of complete records of the insane, and a few remarks concerning chiefly the preliminary examination. The americ. journ. of insan. vol. 67, no. 1, p. 25.

132. *Haymann*, *Herm.* (Freiburg), Pantopon in der Psychiatrie. Münch. med. Wschr. Nr. 43, S. 2238. (S. 97*.)

133. *Heimann*, *Fr.* (Breslau), Klinische Beobachtungen über die Wirkung des Pantopons. Münch. med. Wschr. Nr. 7, S. 357.

134. *Hendriks*, *A.* (Haag), Psychische Untersuchungen bei Typhus abdominalis. Allg. Ztschr. f. Psych. Bd. 66, H. 5.

135. *Hermann*, Zur Frage der Prüfung des Besitzstandes an moralischen Begriffen und Gefühlen. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. H. 2, S. 281. (S. 89*.)

136. *Heß*, *L.*, und *Pötzl*, *O.* (Wien), Über Schwankungen im Zuckergehalt des liquor cerebrospinalis bei psychischen Erkrankungen. Wien. klin. Wschr. Nr. 29. (S. 94*.)



137. *Hoche, A.* (Freiburg), Geisteskrankheit und Kultur. (Eine akademische Rede.) 38 S. 0,90 M. Freiburg i. B. u. Leipzig. Speyer und Kaerner. (S. 94*.)

138. *Homburger, Aug.*, Die Wirkung von Narkotika-Kombinationen. Deutsche med. Wschr. S. 320.

139. *Horstmann* (Treptow), Fanatismus, Aberglaube, Wahnvorstellung. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. H. 2, S. 216.

140. *Hudovernig, C.* (Budapest), Zur Unterscheidung funktionell und organisch bedingter Druckempfindlichkeit. Neurol. Zentralbl. Nr. 8, S. 408. (S. 90*.)

141. *Hübner, A. H.* (Bonn), Zur Psychologie und Psychopathologie des Greisenalters. Med. Klinik Nr. 31, S. 1205.

142. *Hughes, C. H.*, Of letters to the insane. The Alienist and Neurologist vol. 31, no. 2, p. 187.

143. *Hughes, C. H.* (St. Louis), Hazing psychopathy. The Alienist and neurologist vol. 31, no. 1, p. 21.

144. *Jaspers, Karl* (Heidelberg), Die Methoden der Intelligenzprüfung und der Begriff der Demenz. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Referate. Bd. 1, H. 6, S. 401—452.

145. *v. Jaworski, J.*, Über den Einfluß der Menstruation auf die neuropsychische Sphäre der Frau. Wien. klin. Wschr. S. 1641.

146. *Jeanselme* et *Touraine*, Troubles psychiques consécutifs à la castration, chez la femme. Journ. de méd. de Paris. 13. Aug.

147. *Jeffrey, G. R.* (Dumfries), The significance of heredity and the neuro-insane constitution as important factors in the production of mental disease, with an examination into the history of 100 consecutive cases. The journ. of mental science. no. 233, p. 273.

148. *Jelgersma*, Formen von Demenz. Tijdschr. voor Geneesk. no. 12.

149. *Jeliffe, S. E.* (New York), Notes on the history of psychiatry. The alienist and neurologist vol. 31, no. 1, p. 80.

150. *Jeremias, K.*, Neuere Bestrebungen auf dem Gebiete der Psychiatrie. Leipzig, R. Konegen.

151. *Impens, E.*, Über die physiologische Wirkung eines bromhaltigen Hypnotikums, des Adalins. Med. Klinik Nr. 47, S. 1861. (S. 98*.)



152. *Inouye*, Über einen neuen Kochsalzinfusionsapparat. Therapeutische Monatshefte Nr. 7.

153. *Joachim*, *A.*, Über Eglatol. Allg. med. Zentral-Ztg. Nr. 24.

154. *Jones*, *Ernest* (Toronto), The dyschiric syndrome. Journ. of abnormal psychology, (Boston) Dezember 1909 bis Januar 1910, p. 311.

155. *Jones*, *Ernest* (Toronto), The Oedipus-complex as an explanation of Hamlet's mysteric: a study in motive. Americ. journ. of psychol. vol. 21, p. 72.

156. *Jones*, *E.* (Toronto), The psycho-analytic method of treatment. Journ. of nervous and mental disease Vol. 37, Nr. 5, S. 285.

157. *Joshimoto*, *S.*, u. *Onchi*, *T.*, Eine klinische Beobachtung der abnormen Erhöhung der Körpertemperatur. Neurologia (Japanisches Zentralbl. f. Neurol., Psych. usw.) Bd. 9, H. 4, S. 149.

158. *Isserlin*, *M.* (München), Über die Beurteilung von Bewegungsstörungen bei Geisteskranken. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 3, H. 5, S. 511.

159. *Kafka*, *V.* (Prag), Zur Neuropathologie des Auges bei Psychosen. Med. Klinik Nr. 31, S. 1208. (S. 95*.)

160. *Kauffmann*, *M.* (Halle a. S.), Über die Notwendigkeit psychiatrischer Ausbildung der Bahnärzte. Reichs-Medizinal-Anzeiger 35. Jahrg., Nr. 1, S. 13.

161. *Kiernan*, *Jas. G.* (Chicago), Is genius a sport, a neurosis or a child potentiality developed? The Alienist and Neurologist vol. 31, nr. 2, p. 171.

162. *Klein*, *Fr.*, Geistesstörungen mit Schädelverletzungen. Inaug.-Diss. Leipzig.

163. *Klett* (Gießen), Die graphische Darstellung der Stirnmuskelbewegungen. Klin. f. psych. u. nerv. Krkh. Bd. 5, H. 3, S. 232.

164. *Koch*, *Jos.* (Berlin), Über psychische Störungen, die durch gewerbliche Tätigkeit entstehen, vom Standpunkte der Hygiene betrachtet. Vjhrschr. f. gerichtl. Med. Bd. 39, 2. Suppl.-H., S. 160.

165. *Körtke* (Langenhorn), Somatische Medizin und Psychologie in der Psychiatrie. Mitteilungen aus den Hamburgischen Staatskrankenanstalten Bd. 11, H. 1.



166. *van der Kolk*, Entlassung aus der Anstalt. Tijdschr voor Geneesk. Nr. 14.

167. *Kortschak*, *R.*, Über Versuche mit Kephaldol. Wien. med. Wschr. S. 1044. (S. 98*.)

168. *Kowalewskij*, *P. J.*, Wahnsinnige als Herrscher und Führer der Völker. Psychiatrische Studien aus der Geschichte. Deutsch von W. Henckel. 1. Teil. München, O. Gmelin. 167 S. 3 M. (S. 89*.)

169. *Kräpelin*, Entartungsfrage. (Übersetzt und referiert.) Neurologia (Japanisch) Bd. 8, H. 11.

170. *Kreichgauer*, *Rosa* (Rheinzabern), Zur Frage der Vererbung von Geisteskrankheiten. Inaug.-Diss. Freiburg i. B. 202 S.

171. *Kreuser*, Georg Ludwig, Psych.-neurol. Wschr. Nr. 12, S. 111.

172. *Kühne*, *W.* (Cottbus), Die Reaktion des Gehirns auf leichte Kopfverletzungen. Mtschr. f. Unfallheilk. Nr. 4.

173. *Kurella*, *H.* (Bonn), Cesare Lombroso — als Mensch und Forscher. 90 S. 2,40 M. Wiesbaden, J. F. Bergmann.

174. *Kussmaul*, *A.*, Die Störungen der Sprache. 4. Aufl. von H. Gutzmann. Leipzig, F. C. W. Vogel. 409 S. 10 M. (S. 90*.)

175. *Lagriffe*, *L.*, Recherches sur l'hérédité dans les maladies mentales. Arch. d'anthrop. crim. 25, 490.

176. *Lagriffe*, *L.* (Quimper), Maria-Stella Chiappini. Un délire d'interprétation dans l'histoire. Ann. méd.-psychol. 68. année. Nr. 1, S. 5. Juli—August.

177. *Lane*, *L. A.*, A study of the Moro tuberculin ointment test, with special reference to its use in the insane. Americ. journ. of insan. vol. 66, no. 3, p. 477.

178. *Lévy-Valensi*, *J.*, Spiritisme et folie. L'Encéphale Nr. 6, S. 696 bis 716. (S. 93*.)

179. *Liepmann*, *H.*, Beitrag zur Kenntnis des amnestischen Symptomenkomplexes. Neurol. Zentralbl. Nr. 20.

180. *Loewenfeld*, *L.*, Zum gegenwärtigen Stande der Psychotherapie. Münch. med. Wschr. Nr. 3 u. 4. (S. 98*.)

181. *Loewy*, *A.* (Berlin), Über die Wirkung des Pantopons auf das Atemzentrum. Münch. med. Wschr. Nr. 46, S. 2408. (S. 97*.)

182. *Löwy*, *M.*, Über Demenzprozesse und „ihre Begleitpsychosen" nebst Bemerkungen zur Lehre von der Dementia praecox. Jahrb. f. Psych. u. Neurol. Bd. 31, H. 3, S. 328.



183. *Lombroso*, *C.*, Studien über Genie und Entartung. Deutsch von E. Jentsch. Leipzig, Ph. Reclam jun. 256 S. Geb. 1 M.

184. *Lubarsch*, *O.* (Düsseldorf), Vererbungslehre. Jahreskurse f. ärztl. Fortbild. in 12 Monatsh. 1. H., S. 12—27.

185. *Macpherson*, *John*, The presidential address on conceptions of insanity and their practical results. The journ. of ment. science, vol. 56, no. 235, p. 589. (S. 88*.)

186. *Maestre*, *Tomás* (Madrid), La degeneración humana. Archivos Españoles de Neurologia, Psiquiatria y Fisioterapia tomo 1, núm. 2, p. 55.

187. *Mairet*, *A.*, et *Euzière*, *J.* (Montpellier), Les invalides moraux. Montpellier, Coulet et fils. 282 S.

188. *Marie*, *A.*, et *Auliffe*, *Mac*, Les malformations de l'oreille. Bull. de la soc. de méd. ment. 3e ann., Nr. 2, S. 63—66.

189. *Marie*, *A.* (Villejuif), Tuberculose et aliénation mentale (recherches étiologiques par le sérodiagnostic). Revue de psych. et de psychol. expérimentale Nr. 5, S. 177.

190. *Marie*, *A.*, et *Beaussart*, *P.*, Le sérodiagnostic de la tuberculose et l'étiologie des affections mentales. Revue de médecine année 30, no. 9, p. 745.

191. *Martins*, *Fr.* (Rostock), Das pathogenetische Vererbungsproblem. Med. Klinik Nr. 1, S. 7.

192. *Mattauschek*, *E.* (Wien), Poriomanische Zustände. Wien. med. Wschr. Nr. 27. (S. 95*.)

193. *May*, *James V.* (Binghamton), Tuberculin in the diagnosis of tuberculosis in the insane. State hospitals bulletin for mai 1910.

194. *Mayer*, *H.*, Kompendium der Psychiatrie und Neurologie. 2. Aufl. Freiburg u. Leipzig, Speyer u. Kaerner, 1911.

195. *Mendel*, *K.* (Berlin), Die Wechseljahre des Mannes. Neurol. Zentralbl. Nr. 29, S. 1124. (S. 92*.)

196. *Mercier*, *Charles*, Insanity as disorder of conduct. The journ. of ment. science Vol. 56, Nr. 234, S. 405.

197. *Mery*, *M.*, Psychoses des métis au Brésil. Arch. intern. de neurol. Nr. 4, p. 289.

198. *Meyer*, *E.* (Königsberg), Psychische Störungen nach Strangulation. Med. Klinik Nr. 38. (S. 93*.)



199. *Meyer*, *R.* (Berlin), Gibt es Vererbung erworbener Eigenschaften? Deutsche med. Wschr. Nr. 23, S. 1086.

200. *Mirallié*, *Ch.* (Nantes), Rapport et compte rendu du congrès des médecins aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française, tenue à Nantes du 2. au 7. août 1909. Paris, Masson et Cie. 5 volumes. 20 fr.

201. *Miyake*, *K.*, Die Tuberkulose in den Irrenanstalten, mit besonderer Berücksichtigung der japanischen, und ihre Bekämpfung. Neurologia (Japanisches Zentralbl. f. Neurol., Psych. usw.) Bd. 9, H. 7, S. 277.

202. *Moll*, *Alb.* (Berlin), Berühmte Homosexuelle. Grenzfragen des Nerven- und Seelenlebens, herausg. von Loewenfeld. 75. Wiesbaden, Bergmann. 80 S. 2,40 M.

203. *v. Monakow*, *C.* (Zürich), Über Lokalisation der Hirnfunktionen. Mit einer Tafel und zwei Textfiguren. Wiesbaden, J. F. Bergmann. 34 S. 1,60 M.

204. *Morel*, *Jul.*, Progress of psychiatry in 1909. Journ. of ment. science April 1910. p. 332.

205. *Mott*, The Huxley Lecture on Hereditary Aspects of Nervous and Mental Diseases. British medical Journ., 8. Octob.

206. *Much*, *Hans*, Psychiatrie und Serologie. Berl. klin. Wschr. Nr. 32, S. 1492—1494.

207. *Münzer*, *A.* (Hamburg), Über die innere Sekretion der Keimdrüsen. Berl. klin. Wschr. Nr. 45—47. (S. 92*.)

208. *Münzer*, *A.* (Hamburg), Über den Selbstmord. Berl. klin. Wschr. Nr. 34, S. 1589.

209. *Muirhead*, *Winfred* (Edinburg), The occurence of organisms in the blood and cerebrospinal fluid in mental diseases. Journ. of ment. science Nr. 232, p. 98. (S. 95*.)

210. *Muller*, *Paul*, Madame Lafarge et la mythomanie. Chronique médicale 17e année, no. 2, p. 33.

211. *Muller*, *Paul*, Peinture de fou. La chronique médicale 17 année, no. 3, p. 82.

212. *Naudascher*, *G.*, Trois cas d'hallucinations spéculaires. Ann. méd.-psychol. Nr. 2, S. 284—294.

213. *Niceforo*, *A.*, Antropologia delli classi povere. 288 S. Mailand. Francesco Vallardi.



214. *Obregia* u. *Pitulescu* (Bukarest), Sur l'histologie du sympathique solaire dans différentes maladies mentales. L'Encéphale no. 4, p. 393.

215. *Oppenheim*, *H.*, Psychotherapeutische Briefe. 3. unveränd. Aufl. Berlin, S. Karger. 56 S. 1,20 M.

216. *Oppenheim*, *H.*, Kurze Mitteilung zur Lehre vom Einfluß der Kopfhaltung auf Hirnsymptome. Neurol. Zentralbl. 1910, Nr. 3, S. 114.

217. *Ossipow*, *W. P.*, Über politische oder Revolutionspsychosen. Newrologitscheski Wjestnik Bd. 17, H. 3. (Russisch.) (S. 92*.)

218. *Pagel*, *J.* (Berlin), Die Berliner medizinische Fakultät in ihrem ersten Jahrhundert. Deutsche med. Wschr. Nr. 40, S. 1834.

219. *Pándy*, *K.* (Budapest), Geisteskrankheiten der Ärzte und sonstiger Kulturarbeiter in Ungarn. Orvosi Hetilap Nr. 18 u. 19. (Ungarisch.) (S. 92*.)

220. *Patschke*, *Franz*, Über Psychosen nach Typhus abdominalis. Inaug.-Diss. Leipzig.

221. *Pawlow*, *J. P.*, L'excitation psychique des glandes salivaires. Journ. de Psychol. normale et pathol. Nr. 2, S. 97—115.

222. *Pelman*, C. M. Brosius †. Psych.-neurol. Wschr. 11. Jahrg., Nr. 53.

223. *Pelman*, *Carl*, Psychische Grenzzustände. 2. Aufl. Bonn, F. Cohen. 316 S. 6 M.

224. *Pelz*, *A.* (Königsberg), Über eine eigenartige Störung des Erwachens. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 2, H. 5, S. 688.

225. *Petersenn*, *J.*, Die Heilbronnersche Methode und ihre Bewertung. Korsakoffsches Journ. f. Neuropathol. u. Psych. 10, 59.

226. *Pfahl*, *J.* (Bonn), Über die graphische Darstellung von Bewegungsvorgängen, insbesondere des Patellarreflexes. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 1, H. 4, S. 502.

227. *Pfahl*, *J.* (Bonn), Beiträge zur Physiologie der Sehnenreflexe. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 1, H. 3, S. 350.

228. *Pfersdorff* (Straßburg), Zur Pathologie der Sprache. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 2, H. 3 u. 4, S. 629. (S. 94*.)

229. *Picqué*, *L.* (Paris), Méthode chirurgicale en médecine mentale. Revue de psych., tome 14, Nr. 2, p. 45.



230. *Piéron, H.*, Les variations physio-galvaniques comme phénomène d'expression des émotions. Revue de psych. Nr. 12, p. 486. (S. 95*.)

231. *Plönies, W.* (Dresden), Das Vorkommen und die ursächlichen Beziehungen der psychischen Störungen, besonders der Zwangsvorstellungen, bei Magenkranken. Arch. f. Psych. Bd. 46, H. 3, S. 1136.

232. *Pötzl, O.*, Zur Frage der Hirnschwellung und ihrer Beziehungen zur Katatonie. Jahrb. f. Psych. u. Neurol. Bd. 31, H. 3, S. 244.

233. *Raecke*, Grundriß der psychiatrischen Diagnostik. 2. Aufl. Berlin, A. Hirschwald. 182 S. 3 M. (S. 89*.)

234. *v. Recklinghausen, H.*, Praktische Anleitung zu einer Messung des arteriellen Blutdrucks beim Menschen. Med. Klinik Beih. Nr. 8.

235. *Ries, G.*, Beiträge zur Methodik der Intelligenzprüfung. Ztschr. f. Psychol. u. Physiol. d. Sinnesorgane I. Abt., Bd. 56, H. 5, S. 321.

236. *Riley, J. W.*, Mental Realing in America. Americ. Journ. of insan. vol. 66, no. 3, p. 351.

237. *Ripa, J.* (Wien), Eglatol, ein neues Sedativum. Wien. klin. Rundsch. Nr. 13, S. 207.

238. *Robertson, G. M.* (Edinburg), Treatment of mental excitement in asylums. Journ. of ment. science vol. 56, no. 235, p. 700. Oktober 1910. (S. 96*.)

239. *Robinson, Chalfant*, Was King Edward the second a degenerate? Americ. journ. of insan. vol. 66, no. 3, p. 445.

240. *Rogues de Fursac* et *Vallet*, Dégénérescence mentale familiale avec prédominance d'impulsions au suicide; père et mère cousins germains; mère atteinte d'épilepsie larvée. L'encéphale Nr. 2.

241. *Romagna-Manoia, A.*, Un caso di ipertrichosi universale. Atti Soc. Rom. di antropol. 15, p. 373.

242. *Rosenfeld, M.* (Straßburg), Untersuchungen über den kalorischen Nystagmus bei Gehirnkranken mit Störungen des Bewußtseins. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 3, H. 3, S. 271.

243. *Roubinovitch.* Aliénés et anormaux. Paris, F. Alcan. 320 S.



244. *Roubinovitch*, *Jaques*, Rôle des émotions dans la genèse des psychoses pendant la révolution russe de 1905—1906. Bull. médical 24 ann., Nr. 7, p. 74.

245. *Rudert*, *Theodor*, Neue Theorien über die geschlechtliche Liebe, die geschlechtlichen Perversionen usw. Halensee-Berlin, Verlag für aktuelle Philosophie. 159 S. 2,50 M.

246. *Rühl*, *Karl* (Turin), Cesare Lombroso. 20 S. 0,75 M. Halle a. S., Carl Marhold.

247. *Rühl*, Lombroso. Psych.-neurol. Wschr. 12. Jahrg., Nr. 5.

248. *Saathoff*, *L.*, Herzkrankheit und Psychose. Münch. med. Wschr. S. 509.

249. *Sadger*, Analerotik und Analcharakter. Die Heilkunde H. 2, 43.

250. *Sadger*, *J.* (Wien), Belastung und Entartung. Ein Beitrag zur Lehre vom kranken Genie. Leipzig, Edm. Lemme. 74 S. 1,50 M. (S. 93*.)

251. *Sadger*, *J.* (Wien), Heinrich von Kleist. Eine pathologisch-psychologische Studie. Wiesbaden, J. F. Bergmann. 62 S. 1,60 M.

252. *Saenger*, *Alfred* (Hamburg), Über die Areflexie der Cornea. Neurol. Zentralbl. 1910, Nr. 2, S. 66.

253. *Sahli*, *H.* (Bern), Über Pantopon. Münch. med. Wschr. Nr. 25, S. 1326. (S. 97*.)

254. *Salazar*, *R. A. G.* (Valladolid), Las folias del contagio. Patogenia y tratamiento. Revista frenopatica española Nr. 90, S. 161 bis 177.

255. *Sanchez-Herrero*, *A.*, Un excentrico. Archives españoles de neurologica, psiquiatria y fisioterapia Nr. 7, p. 227.

256. *Sandy*, *W. C.* (Trenton, N.-Y.), Studies in heredity with examples. The Americ. journ. of insan. vol. 66, Nr. 4, p. 587.

257. *Savage*, *G. H.* (London), Nervous stability: A healthy body well controlled as necessary for the making a healthy citizen. The parents review.

258. *Savage*, *G. H.* (London), On insanity and marriage. Brit. med. journ. of 22. October.

259. *Schaefer*, *H.* (Hamburg), Jesus in psychiatrischer Beleuchtung 178 S. 2,40 M. Berlin, E. Hoffmann & Co. (S. 88*.)





260. *Schermers, D.* (Zeist), Über den Selbstmord in den Niederlanden. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. H. 2, S. 206.

261. *Schnée, A.* (Schöneberg-Berlin), Elasto-Massage. Med. Klinik 1910, Nr. 30—31. (S. 98*.)

262. *Schoenborn, S.* (Heidelberg), Ein neues Algesimeter für die Praxis. Münch. med. Wschr. Nr. 36, S. 1888.

263. *Schultze, E.* (Berlin), Beitrag zur Frage der postoperativen Psychosen. Deutsche Ztschr. f. Chirurg. Bd. 104, S. 584. (S. 93*.)

264. *Schwinn, G. H.*, Some of the difficulties encountered in making a diagnosis of paresis. Journ. of nerv. and ment. disease vol. 17, no. 12, p. 754. Dezember 1910.

265. *Seller, A.*, u. *Hübner, A. H.* (Bonn), Über die Kobragift-Hämolyse und die Much-Holzmannsche Psychoreaktion. Med. Klinik Nr. 21, S. 831.

266. *Sikorski, J. A.*, Grundlagen der theoretischen und klinischen Psychiatrie. Kiew. 720 S. mit 360 Fig. im Text. (Russisch.) (S. 89*.)

267. *Singer, K.* (Berlin), Bemerkungen über das Ulnarissymptom. Med. Klinik Nr. 40, S. 1563.

268. *Skoczynski, Vincenz*, Beitrag zur Kenntnis der Sprachbewegungshalluzinationen und ihrer Beziehung zum Gedankenlautwerden. Inaug.-Diss. Bonn.

269. *Smith, R. P.*, The international committee for the study of the causes and prophylaxis of mental disease. Journ. of ment. science vol. 56, Nr. 234, p. 389.

270. *Soltura, Filomeno* (Bilbao), La timidez. Revista frenopatica española no. 90, p. 183.

271. *Sommer* (Gießen), Eine psychiatrische Abteilung des Reichsgesundheitsamts. Psych.-Neurol. Wschr. Nr. 31 vom 29. Oktober, S. 295. (S. 91*.)

272. *Sommer, R.*, Gedächtnisfeier und Nachruf für Georg Ludwig. Klin. f. psych. u. nerv. Krkh. Bd. 5, H. 3, S. 197.

273. *Sommer, R.*, Psychiatrie und Soziologie. Klin. f. psych. u. nerv. Krkh. Bd. 5, H. 4, S. 377.

274. *Sommer, R.*, Bemerkungen zu einem Falle von vererbter Sechsfingerigkeit. Klin. f. psych. u. nerv. Krkh. Bd. 5, H. 4, S. 297.



275. *Sommer*, *R.*, Zur Theorie der Verwandtenehe und des Ahnenverlustes bei Menschen und Tieren. Klin. f. psych. u. nerv. Krkh. Bd. 5, H. 4, S. 291.

276. *Sowden*, *G. S.*, Veronalvergiftung. Brit. med. Journ. 16. Juli 1910.

277. *Spark*, *Wilh.*, Nervenleiden und Heilmittel. Neue Lehre von dem Wesen und den Ursachen der Nervenleiden auf Grund einer neuen Theorie über den Bau des Nervenmoleküls. Freiburg i. B., Funcke. 126 S. 2,50 M.

278. *Sperling* (Birkenwerder), Die Zirkulationsformel. Ein biologisches Gesetz für die Beziehung von Kräften und Widerständen im Zirkulationssystem. Med. Klinik Nr. 9, 18 u. 32.

279. *Steinhausen*, *F. A.*, Nervensystem und Insolation. 163 S. 4 M. Berlin, August Hirschwald. (S. 93*.)

280. *Stelzner*, *Helene Friederike* (Berlin), Die psychopathischen Konstitutionen und ihre soziologische Bedeutung. Berlin, S. Karger, 1911. 249 S. 6 M. (S. 96*.)

281. *Stern*, *H.* (Wien), Grundzüge der Pathologie und Therapie der Sprachstörungen. Med. Klinik Nr. 41.

282. *Steward*, *S. J.*, The causes and treatment of asylum dysentery. The journ. of ment. science Nr. 233, p. 296. (S. 96*.)

283. *Stewart Mc. Naughton*, Veronalvergiftung. Brit. med. journ. vom 13. August.

284. *Stransky*, *E.* (Wien), Zur Pathologie der Sprache. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 3, H. 3, S. 343.

285. *Strohmayer*, *W.*, Die Ahnentafel der Könige Ludwig II. und Otto von Bayern. Ein genealogisch-psychiatrischer Deutungsversuch. Arch. f. Rassen- u. Gesellschaftsbiologie Nr. 7, S. 65—92.

286. *Sugár*, *Michael* (Budapest), Über abnorme Temperaturempfindungen. Ein neues klinisches Symptom. Deutsche med. Wschr. Nr. 12, S. 561.

287. *Suizu*, *N.*, Vorläufige Mitteilung von Muchschen Psychoreaktionen mit Habu-Schlangengift. Neurologia (Zentralbl. f. Neurol., Psych., Psychol. u. verwandte Wissenschaften, herausg. von Prof. Dr. S. Kure und Prof. Dr. K. Miura) Bd. 8, H. 11.



288. *Talbot*, *E. S.* (Chicago), Scope of developmental pathology. The alienist and neurologist vol. 31, no. 1, p. 54.

289. *Tamburini*, *A.* (Rom), Sur la fondation d'un institut international pour l'étude des causes et de la prophilaxie des maladies mentales. Roma, Tipografia cooperativa sociale. 14 S.

290. *Tamburini*, *Arrigo*, Le morti per pellagra, alcoolismo, epilessia e paralisi progressiva in Italia. Rivista Sperimentale di Freniatria vol. XXXVI, p. 112—119.

291. *Tamburini*, *Arrigo*, Esiste una sensibilità specifica per la elettricità? Rivista di psicologia applicata Ann. 6, Nr. 1.

292. *Thomson*, *David* (Epsom), Auto-suggestion and delusional insanity. The journ. of ment. science no. 233, p. 311. (S. 96*.)

293. *Tobias*, *E.* (Berlin), Zur Kasuistik der Hemihyperidrosis unilateralis. Neurol. Zentralbl. Nr. 3, S. 130.

294. *Townsend*, *Th. J.* (Dannemora, N.-Y.), The Ganser symptom and symptom-complex. Report of five cases. The americ. journ. of insanity vol. 66, no. 4, p. 631.

295. *Trendelenburg*, *F.* (Leipzig), Über Hirnerschütterung. Deutsche med. Wschr. Nr. 1, S. 1—11.

296. *Tribier*, Les aliénés en Égypte. Presse médical d'Égypte 1. june 1910.

297. *Trömner*, *E.* (Hamburg), Über einen neuen Fußreflex (Malleolarreflex). Neurol. Zentralbl. Nr. 10, S. 528.

298. *Trömner*, *Ernst* (Hamburg), Über traumatische (Konkussions-) Psychosen. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 3, H. 5, S. 548.

299. *v. Tschisch*, *W.* (Dorpat), Über die intellektuellen Gefühle bei den Geisteskranken. Mtschr. f. Psych. u. Neurol. Bd. 26. S. 335.

300. *Tuczek* (Marburg), Zum Bilde von Heinrich Schüle. Münch. med. Wschr. Nr. 34, S. 1797.

301. *Victorio*, *A. F.* (Reus, Tarragona), Anatomo-fisio-patologia del sistema nerviosa a diagnóstico clinico de las enfermedades nerviosas y mentales. Barcelona, M. Marin, 1911. 467 S. 7 peseta.



302. *Voss*, *G.* (Greifswald), Zur Frage der Entartung und des Entartungsirreseins. Deutsche med. Wschr. Nr. 1, S. 25—28. (S. 93*.)

303. *Wallis*, *R. L. M.*, und *Goodall*, *E.* (Cardiff), Electric bath treatment in 108 cases of mental disorder, controlled by warm baths in 16 cases; and the results of an inquiry into the influence of the baths upon the excretion of creatinine in certain of these. The journ. of ment. science no. 233, p. 189.

304. *Wassermeyer*, *M.* (Kiel), Psychiatrie und Neurologie (Sammelreferat). Med. Klinik Nr. 6, S. 230.

305. *Weber*, *E.* (Berlin), Der Einfluß psychischer Vorgänge auf den Körper, insbesondere auf die Blutverteilung. Berlin, J. Springer. 426 S. 14 M. (S. 95*.)

306. *Weiler*, *Karl* (München), Untersuchung der Pupille und der Irisbewegungen beim Menschen. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. 1910, Bd. 2, H. 2, S. 101. (S. 91*.)

307. *Weiler*, *Karl*, Untersuchungen über die Muskelarbeit des Menschen. I. Teil. Messung der Muskelkraft und Muskelarbeit. Kraepelins Psycholog. Arb. Bd. 5, H. 4.

308. *Weiler*, *K.* (München), Untersuchung des Kniesehnenreflexes beim Menschen. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. H. 1, S. 116. (S. 90*.)

309. *Wells*, *F. L.*, Contributions of the litterature of fatigue. Psychological bulletin vol. 7, p. 378. November 1910.

310. *Wendt*, Einige Versuche mit Veronalnatrium im Vergleiche zu der Wirkung von Methylsulfonal und Sulfonal bei erregten Geisteskranken. Therapeut. Monatsh. S. 599. (S. 98*.)

311. *Wertheimer-Raffalovich*, *R.* (Eppstein i. T.), Experimentelle Untersuchungen über die Pantoponwirkungen. Deutsche med. Wschr. Nr. 37, S. 1710.

312. *Weyert*, *M.* (Spandau), Das Trauma als ätiologischer Faktor von Geisteskrankheiten. Ärztl. Sachv.-Ztg. Nr. 2, S. 25; Nr. 3, S. 50; Nr. 4, S. 69.

313. *Weygandt*, *W.* (Friedrichsberg), Abnorme Charaktere in der dramatischen Literatur. Hamburg, Leopold Voss. 172 S. 2,50 M. (S. 91*.)



314. *Weygandt, W.* (Hamburg), Bericht über den 14. internationalen Kongreß in Budapest 29. August bis 4. September 1909. Ztschr. f. d. Erforsch. u. Behandl. d. jugendl. Schwachsinns Bd. 3, S. 439.
315. *White* and *Ludlum*, Psychoreaktion. Journ. of Americ. Association 4. Juni 1910.
316. *Wickel, Carl* (Obrawalde), Wasserheilverfahren in der Irrenanstalt. Die Irrenpflege Jahrg. 14, Nr. 1.
317. *Wickel, Carl* (Obrawalde), Die Beschäftigung der Geisteskranken in der Irrenanstalt. Die Irrenpflege Jahrg. 14, Nr. 6, S. 141.
318. *Wickel, Carl* (Obrawalde), Über die Pflege bei Unreinlichkeit Geisteskranker. Die Irrenpflege Jahrg. 14, Nr. 7, S. 173.
319. *Williams, Tom A.* (Washington, D. C.), Psycho-prophylaxis in childhood. Pacific medical journal vol. 53, no. 2, p. 84.
320. *Wintersteiner, H.* (Wien), Die Erkrankungen des Augenhintergrundes bei Psychosen. Ztschr. f. Augenheilk. Bd. 23, H. 1 und 2.
321. *Ziehen, Th.* (Berlin), Über den ätiologischen Standpunkt in der Psychiatrie. Neurol. Zentralbl. Nr. 20.
322. *Ziehen, Th.* (Berlin), Die Entwicklung des psychiatrischen und neuropathologischen Unterrichts in der Universität Berlin. Berl. klin. Wschr. Nr. 41, S. 1882.
323. *Ziehen, Th.* (Berlin), Zur Methodik der Sensibilitätsuntersuchung. Med. Klinik Nr. 25, S. 967.
324. *Zilocchi, Alberto*, Della viscosità del sangue negli alienati. Rivista Sperimentale di Freniatria vol. XXXVI, p. 36—52. (S. 94*.)
325. *Zweig, A.* (Dalldorf), Die diagnostischen und prognostischen Fortschritte in der Psychiatrie (Sammelbericht). Ärztl. Sachv.-Ztg. Nr. 15, S. 305.

I. Allgemeines.

Macpherson (185) unterscheidet in der Auffassung der Geistesstörungen drei zeitlich aufeinander folgende Perioden: 1. die theologische, 2. die empirische und 3. die jetzt erst beginnende, wirklich wissenschaftliche, die sich auf eine kausale Erklärung der Krankheitsbilder stützt.

Schaefer (259) wendet sich besonders gegen *de Loosten* (Lomer), der die Ansicht vertritt, Jesus habe an Paranoia gelitten.



Kowalewskij (168) teilt die Geschichte geisteskranker Herrscher mit: Peter III. und Paul I. von Rußland, Nebukadnezar, Saul und Ludwig II. von Bayern.

Raecke (233) läßt seinen „Grundriß der psychiatrischen Diagnostik" bereits nach einem Jahre in zweiter Auflage erscheinen. Mit Recht bemerkt er, daß bei dieser freundlichen Aufnahme des Buches eine erhebliche Änderung in Umfang und Anordnung des Stoffes nicht angebracht erschien.

Dost (82) gibt für praktische Ärzte eine kurze Anleitung zur Untersuchung von Geisteskranken. Die Aufnahmebestimmungen der Irrenanstalten im deutschen Sprachgebiet sind beigefügt.

Hermann (135) verwendet zur Untersuchung der moralischen Begriffe und Gefühle eine Anzahl von Bildern, deren Inhalt auf das moralische Gefühl wirkt. Aus der Art, wie das Bild aufgefaßt und gedeutet wird, wie es die Stimmung und den Gesichtsausdruck beeinflußt, lassen sich Schlüsse auf den Besitzstand an moralischen Begriffen und Gefühlen ziehen. Ähnlich lassen sich Erzählungen und Gedichte verwenden.

Cemach (66) stellt in 21 Tabellen die differentialdiagnostischen Merkmale der inneren Krankheiten für den praktischen Gebrauch zusammen.

Das neue, von modernen Gesichtspunkten getragene Werk von *Sikorski* (266) unterscheidet sich — sowohl seiner ganzen Anlage, wie seinem Inhalte nach — sehr wesentlich von den vorhandenen Lehrbüchern der Psychiatrie. Wie der Verf. in seiner Vorrede betont, will er sich an das nur zweifellos Vorhandene halten und die Tatsachen aus dem Seelenleben schildern, die er in seiner langjährigen klinischen Tätigkeit zu beobachten Gelegenheit hatte. Er ist aber vor allen Dingen bemüht — und das bildet das Charakteristische dieses Werkes —, den normalen und pathologischen Erscheinungen des Seelenlebens objektive Merkmale abzugewinnen, die erst eine wissenschaftliche Verwendung dieser Erscheinungen ermöglichen.

Die ersten Kapitel befassen sich mit der Mimik der Aufmerksamkeit, der Willensakte und der Emotionen. Die große Anzahl von Abbildungen, die wir hier vorfinden, sind meistens dem Material des Verf., teilweise aber auch bekannten Werken der bildenden Kunst entnommen. Es folgt eine ausführliche Erörterung der Atmungs- und Blutdruckverhältnisse und eingehende Darstellung der Veränderungen dieser Verhältnisse, die im Verlauf verschiedener psychischer Prozesse beobachtet werden. An den zahlreichen Pneumo- und Sphygmogrammen, die hier beigegeben sind, sucht der Verf. die Merkmale zu erläutern, aus denen man auf das Vorhandensein gewisser psychischer Zustände schließen kann. Da die größten Schwierigkeiten, mit denen der Verf. in seiner Lehrtätigkeit zu kämpfen hatte, in der ungenügenden psychologischen Vorbildung der Hörer wurzelten, hielt er es für nötig, der Schilderung der Tatsachen des normalen geistigen Lebens in seinem Werke einen breiten Raum zu lassen. Hier sowie bei der den Hauptteil des Buches bildenden Darstellung der pathologischen Psychologie werden die physiologischen „Korrelativa" aufs sorgfältigste berücksichtigt. — Die interessante und wichtige Frage der Persönlichkeit wird ausführlich erörtert.

Da die wesentlichsten seelischen Störungen im allgemeinen Teile ausführlich besprochen wurden, konnte der spezielle Teil viel kürzer, als in anderen ähnlichen



Werken dargestellt werden. Im Rahmen einer kurzen Besprechung ist es unmöglich, auf das einzugehen, womit sich diese Darstellung von der üblichen unterscheidet. Es soll hier nur auf die vom Verf. aufgestellte Gruppe „Paraphorie" hingewiesen werden, die durch Pseudohalluzinationen und den engen Kreis der Wahnvorstellungen der Patienten charakterisiert wird. Hierher gehören nach dem Verf. viele Fälle aus der *Kraepelin*schen Dementia paranoides, sowie manche Erkrankungen, die in den jetzt anerkannten Gruppen von Geisteskrankheiten und Neurosen überhaupt schwer unterzubringen. sind. Große Beachtung schenkt der Verf. den Störungen des „Gemeingefühls" und schildert im Anschluß an französische Autoren die „Koinästhesopathie" als weit verbreitete Neurose.

Die Therapie der Psychosen wird in einem besonderen Abschnitte besprochen. Eine kurze Schilderung der Aufgaben der gerichtlichen Psychiatrie bildet den Schluß des an neuen und interessanten Gedanken so reichen Werkes.

(*Fleischmann*-Kiew.)

Kussmauls „Störungen der Sprache" (174) werden von *Gutzmann* in vierter Auflage herausgegeben. Der Text ist unverändert stehen gelassen. Die Ergebnisse der neueren Untersuchungen sind in kleinen Kommentaren zu den einzelnen Kapiteln und Abschnitten zugefügt.

Weiler (308) stellte nach einer neuen Methode Untersuchungen über den Patellarreflex an und fand, daß das Kniephänomen ein Reflexvorgang ist, dessen Reflexzeit bei Gesunden zwischen 0,05 und 0,07 Sekunden schwankt. Durch Strychnin wird die Reflexzeit verkürzt, durch Brom verlängert. Bei Hysterischen und Epileptischen war die Reflexzeit häufig verkürzt, die Geschwindigkeit und Größe der Unterschenkelbewegung vergrößert, der Abfall der Reflexkurve stark gebremst, im benommenen Zustande der Epileptischen kam völliges Fehlen der Bremsung des heruntersinkenden Unterschenkels vor. Bei manischem und depressivem Stupor waren die Reflexzeiten lang, die Bremsung des fallenden Unterschenkels deutlich, dagegen wiesen stuporöse und verblödete Kranke, die an Dementia praecox litten, manchmal auch frischere Fälle, häufig ein vollständiges Fehlen der Bremsung im Kurvenabstieg auf. Bei der Paralyse fanden sich verschiedene Kurvenformen, zunächst solche, bei denen die Reflexzeit stark verlängert, der Unterschenkelausschlag sehr verkleinert war, dann solche mit kurzer Reflexzeit und völligem Mangel der Bremsung. Organisch und psychogen bedingter Fußklonus lassen sich mit Sicherheit voneinander unterscheiden.

Hudovernig (140) stellte Untersuchungen über die Unterscheidung funktionell und organisch bedingter Druckempfindlichkeit an und fand: Gegenüber dem *Mannkopf*schen Symptome, das in einer Vermehrung der Pulsschläge bei Druck auf funktionell empfindliche oder schmerzhafte Punkte besteht, läßt sich in 91,5 % organisch bedingter Druckempfindlichkeit eine mitunter ganz bedeutende Verlangsamung der Herztätigkeit (10—20, durchschnittlich 14 in der Minute) nachweisen, welche in der zweiten oder dritten Minute zumeist schwindet und der ursprünglichen Pulszahl Platz macht. Von einer Veränderung des Blutdrucks ist diese Erscheinung nicht begleitet. Organische Veränderungen ohne Druckempfindlichkeit zeigen während eines auf dieselben ausgeübten Druckes nicht die Ver-



langsamung des Pulses. Somit kann diese Erscheinung zur Unterscheidung dessen, ob eine Druckempfindung funktioneller Natur oder organisch bedingt ist, in den meisten Fällen verwertet werden.

Weiler (306) führte sehr genaue Beobachtungen und Messungen der Pupille und der Irisbewegungen aus. Die wichtigsten Ergebnisse bei Geisteskranken sind: Die wesentlichen bei der Paralyse vorkommenden Pupillenstörungen sind die vollkommene und unvollkommene, reflektorische und absolute Pupillenstarre mit ihren Vorläufern, dem verlangsamten Ablauf der Irisbewegungen, dem schnellen Nachlassen des Iristonus, dem Fehlen der sekundären Reaktion, ferner die Anisokorie und das Fehlen der Reaktionen bei psychischen, sensorischen oder sensiblen Reizen. Bei Hirnlues kommen alle möglichen Pupillenveränderungen vor; eine für die Krankheit typische Pupillenstörung gibt es nicht. Die reflektorische Pupillenstarre ist nur sehr selten Begleiterscheinung der syphilitischen Hirnerkrankung. Bei Dementia praecox kommt als vorübergehende Störung Einschränkung der Lichtreaktion vor, die sich in seltenen Fällen zur absoluten Starre steigert, andererseits fanden sich dauernde Veränderungen der Irisinnervation, indem eine große Zahl der Untersuchten die Reaktion auf psychische, sensorische und sensible Reize vermissen ließ. Die Pupillen waren vielfach weiter als in der Norm, vorübergehend zeigten sich auch Veränderungen der Form (ovale Pupillen).

Bei dem manisch-depressiven Irresein wurde die Erweiterungsreaktion der Pupille nie vermißt. Bei der Epilepsie, Hysterie und Psychopathie ist der Durchmesser der Pupille und die Reaktionsbewegung vergrößert, der Ablauf der Bewegung beschleunigt. Die Pupillenstarre im epileptischen Anfalle ist absolut; sie kommt auch in Dämmerzuständen und Absenzen vor. Auch im hysterischen Anfall kann es zu absoluter Pupillenstarre mit Mydriasis oder auch Miosis kommen; die Pupillen sind dabei manchmal verzogen, oval. Der chronische Alkoholismus verursacht nur bei einer geringen Prozentzahl der Fälle Pupillenstörungen; meist handelt es sich dabei um absolute Starre, Reflextaubheit und Trägheit der Lichtreaktion. Eine rein alkoholisch bedingte, dauernde, reflektorische Pupillenstarre scheint nicht vorzukommen.

Sommer (271) schlägt vor, eine psychiatrische Zentralstelle für Deutschland zu schaffen, etwa als Abteilung des Reichsgesundheitsamtes. Dieses Institut müßte aus vier Abteilungen bestehen: 1. einer Abteilung für Statistik und Anstaltswesen; 2. einer klinischen Abteilung, die besonders die Untersuchungsmethoden und die Ursachenforschung zu pflegen hätte; 30—50 Betten würden dafür ausreichen; 3. einer Abteilung für forensische Psychiatrie, die zugleich die vielen, großenteils unrichtigen Mitteilungen der Tagespresse über psychiatrische Begutachtungsfälle prüfen und, wenn erforderlich, richtigstellen müßte; 4. einer Abteilung für Vererbungslehre und psychische Hygiene in weitestem Sinne.

Weygandt (313) schildert die psychopathischen Charaktere, die sich in den Dramen von Shakespeare, Goethe, Ibsen und Gerhard Hauptmann finden.

Aronsohn (6) zeigt, daß Ibsen auch in dem „Baumeister Solness“ Charaktere zur Darstellung bringt, die vom Standpunkte der Wissenschaft aus als krank oder abnorm bezeichnet werden müssen.



Münzer (207) kommt in seinen Untersuchungen über die innere Sekretion der Keimdrüsen zu folgenden Sätzen über ihre psychischen Einwirkungen: Die Keimdrüsen bedingen die Entstehung des Geschlechtstriebes; dieser wird jedoch zum Teil auch vom Gehirn aus reguliert. Die Kastration bewirkt Veränderungen des Charakters, des Gemütslebens und vielleicht des Intellekts — möglicherweise Symptome einer leichten Intoxikationspsychose. Ein Zusammenhang zwischen Keimdrüsenfunktion und dem Auftreten von Neurosen (Hysterie, Epilepsie) ist nicht erwiesen. Die Kastration bewirkt nicht direkt die Entstehung von Psychosen, sondern erhöht die Disposition zu geistigen Erkrankungen.

Mendel (195) findet, daß auch beim männlichen Geschlechte in der Zeit vom 50. bis 54. Lebensjahre Veränderungen auftreten, die dem Klimakterium der Weiber entsprechen. Neben Blutwallungen, Herzklopfen und Schlafstörungen treten psychische Symptome auf: Verstimmung, Angst, Gefühl der Unzulänglichkeit und sogar Selbstmordgedanken. Nach 1 bis 4 Jahren verschwinden diese Erscheinungen.

II. Ätiologie.

Pándy (219) hat die männlichen Kranken, die während der letzten 40 Jahre in der Irrenanstalt Leopoldstal bei Budapest aufgenommen wurden, etwa 12000 Fälle, statistisch verwertet, um zu erfahren, wie häufig in den verschiedenen Ständen die Paralyse im Vergleich zu anderen Geisteskrankheiten vorkommt. Am häufigsten erkranken an Paralyse Schauspieler, dann folgen Offiziere, Advokaten usw. *Pándy* schließt aus seinen Untersuchungen, daß die Paralyse stets auf Syphilis beruht und daß ihr Ausbruch durch den Mißbrauch von Alkohol und Tabak begünstigt wird.

Die in den letzten Jahren in Rußland akut gewordene Frage, ob man berechtigt ist, von besonderen Revolutionspsychosen zu sprechen, ist nach *Ossipow* (217) keineswegs neu: bereits *Griesinger* erwähnt die zahlreichen psychischen Erkrankungen nach den Ereignissen des Jahres 1848. Auch in Frankreich wurde nach jeder Revolution von politischen Psychosen gesprochen. Nach Übersicht der schon ziemlich umfangreichen Literatur schildert *O.* seine eigenen Fälle und kommt zum Schluß, daß es sich hierbei um einen hauptsächlich ätiologischen Begriff handelt. Diese Psychosen werden bei Personen mit einer erblichen oder erworbenen Prädisposition für Geisteskrankheiten beobachtet. Die politischen Ereignisse zeitigen keine spezifischen, sonst nicht vorkommenden Seelenstörungen, spielen vielmehr eine Rolle in der Ätiologie verschiedenster psychischer Erkrankungen. Zuweilen — jedoch durchaus nicht immer — verleihen sie dem Krankheitsbilde ein besonderes Gepräge, da sie Material für den Inhalt der Wahnideen der Patienten liefern. (*Fleischmann*-Kiew.)

Bonhoeffer (52) behandelt die Infektionspsychosen nach Typhus, Erysipelas, akutem Gelenkrheumatismus, Scharlach, Blattern, Malaria, Cholera und septischen Erkrankungen und ferner die Psychosen bei Allgemeinerkrankungen und Erkrankung innerer Organe, nämlich bei Erschöpfung, Herzerkrankungen, Urämie, Diabetes mellitus, harnsaurer Diathese, *Basedow*, Tetanie, Myxödem und gastrointestinalen



Erkrankungen. Er findet, daß bei den symptomatischen psychischen Störungen der Mannigfaltigkeit der Grunderkrankungen eine große Gleichförmigkeit der psychischen Bilder gegenübersteht. Daraus ergibt sich, daß es sich hier um typische psychische Reaktionsformen handelt, die von der speziellen Form der Noxe verhältnismäßig unabhängig sind. Infektionskrankheiten, zur Erschöpfung führende somatische Erkrankungen, Autointoxikationen von den verschiedensten Organerkrankungen ausgehend, zeigen im wesentlichen übereinstimmende psychische Schädigungen. Diese Reaktionsformen sind Delirien, epileptiforme Erregungen, Dämmerzustände, Halluzinosen, Amentiabilder, bald mehr halluzinatorischen, bald katatonischen, bald inkohärenten Charakters.

Steinhausen (279) erörtert für die militärärztliche Praxis eingehend die Wirkung des „Sonnenstiches" und „Hitzschlages" auf das Nervensystem. Er unterscheidet eine komatöse, eine epileptoide oder konvulsive Form, eine Delirform und eine enzephalitische Form der kalorischen Erkrankungen und bespricht ihre Ätiologie, Prophylaxe und Therapie.

Nach *E. Schultze* (263) kommen postoperative psychotische Zustände nach allen Operationen vor, am häufigsten bei prädisponierten Kranken. Erbliche Belastung ist oft nachweisbar. In den meisten Fällen ist die Ursache der Psychose in Fieber, einem noch andauernden Intoxikationszustande nach der Operation (z. B. Ikterus), Inanitions- und Schwächezuständen zu suchen, deren Ursache in der zugrundeliegenden Krankheit selbst beruht.

Meyer (198) beobachtete nach Strangulation das Auftreten des *Korsakoff*schen Symptomenkomplexes.

Lévy-Valensi (178) fand unter den Anhängern des Spiritismus viele Degenerierte. Es entwickelt sich bei ihnen leicht religiöser Wahnsinn auf der Grundlage des Schwachsinns. Die Behandlung muß hauptsächlich in der Entfernung aus der Umgebung bestehen.

Sadger (250) kommt in seinen Untersuchungen über Belastung und Entartung zu dem Schlusse: „Kein Genie ohne Belastung, kein geborener Verbrecher ohne Entartung." Er fand kein Genie, das sich über die dritte, höchstens vierte Generation fortgepflanzt hätte. Hat sich einmal ein Zweig zum Genie emporentwickelt, so hat er seine Mission auf Erden erfüllt und stirbt ab, bald früher, bald später. Es ist das tragische Los des Genies, mit seinem Leibe Kulturdünger zu schaffen, auf daß der unsterbliche Durchschnittsmensch sich jeweils höher emporschnellen könne.

Voss (302) verlangt bei unseren geringen Kenntnissen von der Vererbung und Entartung zunächst gründliche und ausgedehnte Einzeluntersuchungen, die sich nicht nur auf pathologische Fälle erstrecken dürfen, sondern von leicht festzustellenden Eigentümlichkeiten und Abweichungen im Bereiche der Norm ausgehen sollen. Die meisten Nerven- und Geisteskrankheiten entwickeln sich auf prädisponiertem Boden. Der exogene ätiologische Faktor verdient bei der Beurteilung der auf dem Boden der Entartung sich entwickelnden Psychosen viel mehr Beachtung. Hier können auch die Hebel prophylaktischer Bestrebungen einsetzen.



Franze (103) steht auf dem Standpunkte, daß es einen Stillstand in der Natur nicht gibt; wenn die menschliche Natur sich nicht höher entwickelt, so muß sie degenerieren. Dies Schicksal kann nur durch eine zielbewußte Gattenwahl vermieden werden. Dabei müssen diejenigen Variationen von Menschen bevorzugt werden, die neben voller Gesundheit die höchsten und vollkommensten geistigen und sittlichen Eigenschaften haben.

Hoche (137) beantwortet die Frage, ob wir uns, wie behauptet wird, in einem bedrohlichen Stadium nervöser Entartung befinden, dahin, daß keinerlei Beweis für eine tatsächliche ernste Gefährdung unserer geistigen Gesamtgesundheit durch die moderne Kultur erbracht ist und daß nach dem inneren Zusammenhang auch nicht einmal die Wahrscheinlichkeit für eine solche Gefährdung spricht.

III. Pathologie.

Clarke (68) findet keine festen Beziehungen zwischen der Höhe des Blutdrucks und der Art der Geistesstörung. Motorische Erregungszustände verursachen Steigerung des Blutdruckes.

Zilocchi (324) findet den Grad der Viskosität des Blutes bei Geisteskranken von drei Umständen abhängig: von der Zahl der roten Blutkörperchen und dem Hämoglobingehalt, von dem Stadium der Krankheit, in dem die Blutuntersuchung vorgenommen wird, und von dem Zustande der Organe, besonders Herz, Leber und Nieren. Durchschnittlich fand er die Blutviskosität bei Geisteskranken höher als bei Geistesgesunden.

Pfersdorff (228) analysiert eingehend den sprachlichen Rededrang beim manisch-depressiven Irresein auf Grund von umfangreichen Nachschriften bei 4 Patienten.

Benigni (25) hält den Ptyalismus und auch die wirkliche Hypersekretion von Speichel für ein nebensächliches Symptom ohne prognostische Bedeutung bei Geisteskrankheiten, während ihm bei Nervenkrankheiten eine größere Bedeutung beizumessen ist.

Nach *Fürbringers* (108) Untersuchungen kommt der *Quinquaud*schen Fingerkrepitation die ihr ursprünglich zugeschriebene Bedeutung für die Diagnose des Alk holismus n i c h t zu. Sie ist in dieser Beziehung dem Tremor unterlegen. Gleichwohl steht sie wahrscheinlich in gewisser, durch die neuesten statistischen Erhebungen nicht widerlegter Abhängigkeit vom Alkoholmißbrauch. Auch zur Tabes bestehen Beziehungen.

Hess und *Pötzl* (136) fanden in der Zerebrospinalflüssigkeit bei verschiedenen Geisteskrankheiten einen stark schwankenden Zuckergehalt bis zu ½ Prozent, auch bei demselben Kranken und ohne Anhaltspunkt für die Ursache der großen Verschiedenheit.

Bisgaard (39) gibt ein etwas verwickeltes Verfahren an, um im Liquor cerebrospinalis die von *Nonne* und *Apelt* eingeführte Eiweißbestimmung genauer zu messen.

Fornaca (101) fand bei 5 geisteskranken Frauen, die Rumination zeigten. im Mageninhalte Hyperchlorhydrie, Hypersekretion des Magensaftes und mangel-

hafte Stärkeverdauung. Drei der untersuchten Kranken litten an Dementia praecox, eine an Idiotie. Am häufigsten kommt die Rumination bei Idioten vor.

Piéron (230) bespricht die Entwicklung der Lehre von dem psycho-galvanischen Reflexphänomen. Er kommt zu dem Ergebnisse, daß das Studium der galvanometrischen Abweichungen, welche durch vorübergehende Schmerzempfindungen hervorgerufen werden, in gewissen Fällen neben dem Studium der plethysmographischen Schwankungen für die Psychopathologie von Wert sein kann.

Weber (305) hat den Einfluß psychischer Vorgänge auf den Körper, insbesondere auf die Blutverteilung, experimentell untersucht. Durch elektrische Reizung der Hirnrinde kann Steigerung des Blutdruckes verursacht werden. Ein besonderes Vasomotorenzentrum für die Hirngefäße muß oberhalb der Medulla oblongata liegen. Bei Unlustgefühlen tritt Verengerung, bei Lustgefühlen Erweiterung der Hirngefäße ein. Im Schlaf und bei geistiger Arbeit nimmt der Blutgehalt des Gehirns zu.

Butenko (64) berichtet über die *Ehrlich*sche Dimethylamidobenzaldehydreaktion des Harns von Geisteskranken. *B.* untersuchte den Harn von 180 Geisteskranken und fand bei 36 eine positive Reaktion, und zwar war die Reaktion positiv in 70% der arteriosklerotischen Psychosen, in 32% der Alkoholpsychosen, in 22,5% der Fälle von progressiver Paralyse, in 6,7% bei Dementia praecox und ebenfalls 6,7% bei den epileptischen Psychosen. Bemerkenswert ist, daß in allen allen 36 Fällen mit positiver Reaktion Komplikationen seitens der somatischen Sphäre vorlagen. Der Grad der Reaktion (der roten Färbung) entsprach der Schwere der somatischen Erkrankung und sank in dem Maße, wie die körperlichen Erscheinungen schwanden. Verf. meint daher, daß diese Reaktion die Aufmerksamkeit des Arztes auf körperliche Störungen der Geisteskranken lenken kann, was insofern von großer Wichtigkeit ist, als die Patienten selbst über ihre Leiden meistens nicht klagen können oder wollen. (*Fleischmann*-Kiew.)

Kafka (159) beobachtete bei einem hysterischen Dämmerzustande eine Gesichtsfeldverengung von hemianopischem Charakter und in einem Falle von pathologischem Rausche eine vollkommene, drei Stunden andauernde Pupillenstarre.

Elmiger (88) untersuchte 6 Zwillinge, von denen entweder beide oder nur einer geisteskrank war. Es handelte sich stets um Dementia praecox, und die Krankheit, die bei beiden Zwillingen auftrat, zeigte große Ähnlichkeiten. Dabei handelt es sich wohl nicht um Induktion, sondern um ähnliche krankhafte Veranlagung.

Muirhead (209) fand nicht nur bei progressiver Paralyse, sondern auch bei andern Geistesstörungen in dem Blute und der Zerebrospinalflüssigkeit, und zwar in etwa einem Drittel der Fälle, einen Bazillus, den er als „Bazillus A" bezeichnet. Eine ätiologische Bedeutung kann diesem Bazillus kaum zukommen; vielleicht tritt er sekundär auf und verschlimmert die bereits bestehende Psychose, denn er wurde nur in weit vorgeschrittenen Fällen von Paralyse und bei besonders schweren anderen Psychosen gefunden.

Mattauschek (192) beobachtete 69 Fälle von Poriomanie bei Soldaten. 25 von diesen Fällen bleiben unberücksichtigt, weil bei ihnen das Fortgehen aus Furcht




vor Strafe oder aus anderen Gründen zu erklären war. Die übrigbleibenden Fälle betrafen zum größten Teile minderwertige, degenerative Individuen, ferner Imbezille, Hysteriker und Epileptiker. Bei den letzteren kommen neben den Dämmerzuständen auch Verstimmungszustände ohne Bewußtseinsstörungen vor, die zum Fortlaufen Anlaß gaben.

Steward (282) findet die Ursache der in Irrenanstalten häufig vorkommenden Dickdarmkatarrhe teils in direkter Ansteckung, teils in der Neigung vieler Kranken zu träger Verdauung. Als Maßregeln zur Verhütung der Dysenterie werden strengste Sauberkeit und Sorge für gute Ernährung und regelmäßigen Stuhlgang, besonders durch Verabreichung salinischer Mittel, empfohlen.

Helenefriederike Stelzner (280) hat als Schulärztin und als Anstaltsärztin eines Magdalenenstiftes die Schwierigkeiten kennen gelernt, die durch die psychopathischen Konstitutionen entstehen. Unter ihren „Wünschen und Forderungen" stehen an erster Stelle Heilerziehungsheime für Kinder mit psychopathischer Konstitution.

Berger (28) stellte Untersuchungen über die Temperatur des Gehirns an einem dreijährigen männlichen Schimpansen an. Ein dünnes Thermometer wurde durch Bohrlöcher im Schädel an verschiedenen Stellen in das Gehirn eingeführt und die hier abgelesene Temperatur mit der Temperatur im Rektum verglichen. Ähnliche Beobachtungen wurden an 7 Kranken angestellt, bei denen aus anderen Gründen die Gehirnpunktion nach *Neisser* und *Pollack* gemacht worden war. Die Temperatur in Gehirn und Mastdarm stimmte nie genau überein. Der Unterschied betrug bis zu mehr als einem Grad. In der Narkose sank die Hirntemperatur, während die des Rektums meistens stieg. Beim Erwachen aus der Narkose stieg die Temperatur im Gehirn. Sinnesreize (Vorzeigen einer Banane, Schuß, Hautreizung) und geistige Anstrengung verursachten Steigen der Hirntemperatur.

IV. Therapie.

Thomson (292) versuchte vergeblich, Wahnideen dadurch günstig zu beeinflussen, daß er die Kranken kurze Sätze, in denen ihren Wahnideen widersprochen wurde, häufig lesen ließ.

Robertson (238) bekämpft die Unruhe des Kranken, die unmittelbar aus der Psychose selbst entspringt, mit Bädern und Bettbehandlung, weniger mit Medikamenten. Die Unruhe aber, die aus einer Reaktion auf die Umgebung entsteht, muß mit vorbeugenden Mitteln vermieden werden. Kranke, die durch Lärmen stören, sind deshalb von den anderen Kranken zu trennen, damit sie nicht auch diese in Erregung versetzen. Besonders wichtig ist ein gutes und geschicktes Wartpersonal; dabei bewährt sich weibliches Pflegepersonal in den Männerabteilungen.

Da bekanntlich interkurrente fieberhafte Erkrankungen nicht ganz selten einen günstigen Einfluß auf den Verlauf von Psychosen ausüben, suchte *Bresowski* (58) das Fieber künstlich durch Injektionen von 2—5 ccm einer 10—15 %-igen wässrigen sterilisierten Peptonlösung hervorzurufen. Er wandte dieses Mittel in mehreren Fällen von Hebephrenie, Verwirrtheit, Manie und Depression an. In



den meisten Fällen stellte sich das Fieber auch ein, eine merkbare günstige Beeinflussung der Psychose konnte aber nicht beobachtet werden. Auch die in 4 Fällen (Verwirrtheit und Hebephrenie) nach *Boeck* ausgeführten Tuberkulininjektionen blieben erfolglos. Der Verf. kommt zu dem Schluß, daß die nach fieberhaften Erkrankungen beobachteten Besserungen im Zustande der Geisteskranken nicht vom Fieber allein, sondern auch von anderen Faktoren verursacht wurden.

(*Fleischmann*-Kiew.)

Nach *Bürgi* (63) wirken zwei gleichzeitig oder kurz nacheinander in den Organismus eingeführte Narkotika im allgemeinen bedeutend stärker, als man einer einfachen Addition der zwei Einzeleffekte nach erwarten dürfte. Diese Verstärkung ist am bedeutendsten dann, wenn die zwei Medikamente mit verschiedenen Substanzen des Organismus chemisch verwandt sind, d. h. wenn sie verschiedene Zellrezeptoren haben. Dieser Fall liegt bei den Arzneikombinationen von Skopolamin mit Morphium oder einem Narkotikum der Fettreihe vor. Die Wirkungen verschiedener Narkotika der Fettreihe unter sich dagegen (Paraldehyd, Chloralhydrat, Urethan) addieren sich im allgemeinen glatt, da diese Medikamente alle den gleichen Zellrezeptor (Lezithin-Cholestearin) haben. Eine bestimmte Menge eines Narkotikums wirkt stärker, wenn sie in mehreren rasch aufeinander folgenden Teildosen, als wenn sie auf einmal gegeben wird.

Sahli (253) hat das Pantopon aus den Alkaloiden des Opium dargestellt. Das Opium enthält diese Alkaloide zum größten Teil als schwerlösliche mekonsaure Salze, während sie im Pantopon als leicht lösliche, rasch resorbierbare Chloride vorhanden sind. Im Opium befinden sich 75 % Ballaststoffe wie Fette, Wachs, Harze, Kautschuk, das Pantopon dagegen enthält die Alkaloide frei von Harzen und störenden, einhüllenden Substanzen. Die wässrige Lösung des Pantopons ist klar und kann zu Injektionen verwendet werden; es löst sich in 12 Teilen kalten Wassers, in heißem Wasser sehr leicht. Seine Zusammensetzung ist konstant. Die Versuche, die mit dem Pantopon in der medizinischen Klinik zu Bern angestellt wurden, ergaben, daß es als schmerzstillendes und Schlafmittel, gegen peritonitische Affektionen, Durchfall und Hustenreiz sich bewährt.

Bergien (29) stellte Versuche an Hunden und Kaninchen an, welche bestätigten, daß das Pantopon die Atemfrequenz und das Atmungsvolumen viel weniger vermindert als das Morphium und daß es die Zirkulation gar nicht beeinflußt.

Loewy (181) fand, daß das Pantopon beim Menschen die Erregbarkeit des Atemzentrums weniger beeinträchtigt als das Morphium und daß es sie bei dem Hunde gar nicht alteriert.

Haymann (132) stellte in der Psychiatrischen Klinik zu Freiburg Versuche mit dem Pantopon an. Seine Erfahrungen faßt er folgendermaßen zusammen: Der Wert des Pantopons für die Psychiatrie besteht namentlich darin, daß es sich sehr gut zur subkutanen Injektion eignet; infolgedessen wirkt es rasch und kann auch widerstrebenden Patienten gegeben werden. Seine Hauptwirkung ist weniger die hypnotische, als die sedative, und diese kommt wiederum am besten zur Geltung, wenn es sich um Bekämpfung ängstlicher Erregungszustände handelt, zeigt sich aber auch sonst. Die Nachwirkungen sind nicht allzu beträchtlich; in vielen Fällen fehlen sie ganz. Gewöhnung tritt nicht ein.



Bittner (40) findet in dem Sabromin einen brauchbaren Ersatz der früheren Brompräparate, weil es fast keine Nebenwirkung hat, geschmacklos ist und geringere Bromdosen erfordert, allerdings auch in der Wirkung langsamer ist.

Wendt (310) fand, daß das Veronalnatrium vor dem Methylsulfonal und dem Sulfonal den Vorzug des ra cheren Wirkungseintrittes hat.

Kortschak (167) fand in dem Kephaldol ein gutes Mittel bei Kopfschmerzen verschiedenartigen Ursprungs. Auch gegen die Schmerzen bei Tabes dorsalis und gegen die Nachtschweiße der Phthisiker war es wirksam.

Impens (151) hat Tierexperimente mit dem Bromdiätylazetyl-Harnstoff oder Adalin angestellt. Es ist ein mittelstarkes, infolge der langsamen Resorption etwas ungleichmäßig wirkendes Hypnotikum, dessen Toxizität sich in Grenzen hält, die eine relativ gefahrlose therapeutische Verwendung ermöglichen.

Finckh (97) stellte mit dem Adalin Versuche an Geisteskranken und Gesunden an. Er hält es für ein b auchbares, unschädliches Sedativum bei Herzleiden, neurasthenischen Menstruations- und anderen Beschwerden. Bei Geisteskranken hat es gute Wirkung in Verbindung mit Chloralhydrat, Trional, Opiumtinktur und besonders Paraldehyd. Der Schlaf nach Adalin war tief und ununterbrochen und dauerte z. B. nach 1 g bei mäßig erregten Paralytikern etwa 7 Stunden.

Becker (17) berichtet, daß eine gegen Schlafmittel sehr empfindliche Kranke versehentlich 15 g Paraldehyd erhielt, ohne dauernden Schaden dadurch zu erleiden. Der Urin enthielt mehrere Tage lang Eiweiß.

Schnée (261) hat einen Apparat „Elasto" konstruiert, der die Ausführung allgemeiner Streich-, Reib-, Knet- und Klopfmassage ermöglicht und in vielen Fällen die Wirkung der Handmassage übertreffen soll, aber nur den dritten Teil an Kraftaufwand erfordert.

Loewenfeld (180) verteidigt die Psychotherapie nach *Freud*. „Wer die *Freud*schen Theorien bekämpfen will, muß sich vor Augen halten, daß es sich um eine sehr wichtige wissenschaftliche Angelegenheit handelt, in der nicht durch Spott oder Kraftausdrücke, sondern nur durch ernste mühevolle Arbeit entschieden werden kann."

---

4. Spezielle Psychiatrie.

1. Idiotie, Imbecillität, Debilitat.

Ref.: H. Vogt-Frankfurt a. M.

1. *Anton*, *G.* (Halle), Über krankhafte moralische Abartung im Kindesalter und über den Heilwert der Affekte. Jur.-psych. Grenzfr. Bd. 7, H. 3. Halle. Marhold. 30 S. 1 M. (S. 105*.)
2. *Anton*, *G.* (Halle) Über krankhafte moralische Abartung im Kindesalter. Deutsche med. Wschr. Nr. 6. (S. 105*.)



3. *Baroncini, L.*, e *Sarteschi, U.*, Ricerche di psicologia individuale nei dementi. Rivista di psicologia applicata, 6 an., No. 1, p. 1.
4. *Barr, M. W.* (Elwyn Pa), Possibilities of development for mental defectives and the state's care of them. The alienist and neurologist vol. 31, nr. 2, S. 163. 1910. (S. 109*.)
5. *Bayerthal, I.* (Worms), Zur Ätiologie des angeborenen Schwachsinns. Neurol. Zentralbl. 1910. Nr. 19, S. 1023. (S. 110*.)
6. *Bechterew, W. v.* (St. Petersburg), Objektive Untersuchung der neuropsychischen Sphäre im Kindesalter. Ztschr. f. Psychotherapie u. med. Psychol. Bd. 2, H. 3, S. 130.
7. *Blin*, Un imbécile calculateur. Bull. de la soc. de clin. de méd. ment. 1910, 3. an., no. 1, p. 9–14. (S. 109*.)
8. *Blind*, Über die Ätiologie der Porenkephalie und die dabei beobachteten Wachstumsstörungen. Diss Würzburg. (S. 115*.)
9. *Brückner, E. L.* (Friedrichsberg), Über die ursächlichen Beziehungen der Syphilis zur Idiotie. Münchn. med. Wschr. 1910, Nr. 37, S. 1944. (S. 113*.)
10. *Cramer, A.* (Göttingen), Der Schwachsinn im jugendlichen Alter, seine Ursache, Behandlung und Bekämpfung. (Vortrag, gehalten im Fürsorgeverein für geistig zurückgebliebene Kinder in Hannover.) (S. 116*.)
11. *Cramer, A.* (Göttingen), Pubertät und Schule. 16 S. 0,50 M. Leipzig 1910. B. G. Teubner. (S. 117*.)
12. *Damaye, H.* (Bailleul), Idiotie complète par méningo-hydrencéphalite. Arrêt de développement physique. Écho médical du Nord, 3. April 1910. (S. 115*.)
13. *Damaye, H.* (Bailleul), Mesure de l'intelligence chez les arrièrés. Écho médical du Nord. 5. Juni 1910. (S. 109*.)
14. *Dawson, W. R.*, Some points concerning the diagnosis and general treatment of the feebleminded. The journ. of ment. science 1910, vol. 56, nr. 234, p. 459. (S. 106*.)
15. *Delacroix, O.*, et *Degand, J.*, La mesure de l'intelligence chez des enfants anormaux, d'après les tests de Mm. Binet et Simon. Arch. de Psychol., Suisse, 1909/10, t. 9, no. 33—34. (S. 109*.)
16. *Douglas, A. R.* (Lancaster), The care and training of the feebleminded. The journ. of ment. science nr. 233, p. 253. (S. 109*.)



17. *Eller*, *R.* (Wien), Familiärer Kretinismus in Wien. Jahrb. f. Kinderheilk. Bd. 21, H. 5 u. 6. (S. 112*).

19. *Flinker*, *A.* (Chernowitz), Über Kretinismus unter den Juden. Wien. klin. Wschr. 1910, Nr. 52. (Ref.: Berl. klin. Wschr. 1910, Nr. 4, S. 182.) S. 112*.)

20. *Frey*, *Konrad* (Aarau), Der Mongolismus. Schweiz. Rundschau f. M. Nr. 6, S. 167.

21. *Glück*, *M.*, Schwachbegabte Kinder. Stuttgart. Enke. 118 S. 2,40 M.

22. *Groh* (Geesthacht), Sexuelle Abnormität bei jugendlichen Schwachsinnigen. Ztschr. f. d. Erforsch. u. Behdl. d. jugendl. Schwachsinns Bd. 4, H. 1, S. 61. (S. 108*.)

23. *Gualino*, *L.*, Contributo clinico, antropologico ed anatomico alla patogenesi della microcefalia. Annali di fren. e scienze affini vol. 20, fasc. 1, p. 77.

24. *Hegar*, *Alfred* (Freiburg i. B.), Entwickelungsstörungen. Deutsche med. Wschr. 1910, Nr. 40, S. 1863. (S. 110*.)

25. *Heller*, Psychopathische Mittelschüler. Beitr. f. Kinderforsch. usw. H. 54. Langensalza 1910. 24 S. (S. 107*.)

26. *Hermann* (Merzig), Zur Frage der Erziehbarkeit degenerierter Kinder. Ztschr. f. d. Erforsch. u. Behandl. d. jugendl. Schwachsinns Bd. 4, S. 154. (S. 105*.)

27. *Hermann*, Grundlagen für das Verständnis krankhafter Seelenzustände beim Kinde. Beitr. z. Kinderforsch. u. Heilerz. H. 67. Langensalza. H. Beyer u. Söhne. 180 S. 3 M. (S. 104*.)

28. *Higier* (Warschau), Zur Klassifikation der Idiotie und zur Pathologie ihrer selteneren Formen. Deutsche Zeitschr. f. Nervenheilk. Bd. 39, H. 3 u. 4. (S. 106*.)

29. *Hoppe*, *J.* (Uchtspringe), Die Bedeutung einer geordneten Säuglings- und Kleinkinderfürsorge für die Verhütung von Epilepsie, Idiotie und Psychopathie. Münchn. med. Wschr. 45, S. 2338. (S. 110*.)

30. *Jansky*, Über einen noch nicht beschriebenen Fall von familiärer amaurotischer Idiotie mit Hypoplasie des Kleinhirns. Stornik lekarsky 9, H. 3. (S. 112*.)



31. *Isaakianz, Garegin*, Über sporadischen Kretinismus und seine Behandlung. Inaug.-Diss. Halle a. S., Juni 1910.
32. *Kellner* (Alsterdorf), Lichtbildervortrag über Idiotie. Ztschr. f. d. Erforsch. u. Behandl. d. jugendl. Schwachsinns Bd. 4, H. 1, S. 1.
33. *v. Klimpely, E.*, Weitere Erfolge und Erfahrungen bei der Behandlung des endemischen Kretinismus mit Schilddrüsensubstanz. Wien. med. Wschr. Nr. 9. (S. 112*.)
34. *Klumker, Chr. J.*, Beobachtungsanstalten für gefährdete und verwahrloste Kinder. Zentralbl. f. Vormundschaftswesen, Jugendgerichte und Fürsorgeerziehg. 1910, 1, 229. (S. 119*.)
35. *Knauer*, Myographische und pneumographische Untersuchungen an einem epileptischen Kinde. Ztschr. f. d. ges. Neur. u. Psych. 3, H. 5.
36. *Kürner, R.* (Tübingen), Über die Verbreitung der Syphilis in den Schwachsinnigenanstalten Württembergs auf Grund von Blutuntersuchungen mittels der Wassermannschen Methode. Med. Klin. 1910, Nr. 37, S. 1445. (S. 113*.)
37. *Kunert, A.*, Zahnarzt (Breslau), Unsere heutige falsche Ernährung als letzte Ursache für die zunehmende Zahnverderbnis und die im ganzen schlechtere Entwicklung unserer Jugend. Breslau. Selbstverlag. 32 S. (S. 110*.)
38. *Lausies*, Les enfants anormaux dans les écoles primaires. Hyg. gén. et appl. 5 an., no. 9, p. 513.
39. *Ley*, Instabilité mentale et inadoptation au régime scolaire. Journ. de Neurol. t. 15, nr. 7 (5. April), p. 121. (S. 117*.)
40. *Lippmann*, H. (Königsberg), Über die Beziehungen der Idiotie zur Syphilis. Deutsche Ztschr. f. Nervenheilk. Bd. 39, 1910, H. 1 u. 2. (S. 113*.)
41. *Maass, Siegfried*, Drei Fälle von krankhaftem Wandertrieb ohne Dämmerzustand im jugendlichen Alter. Inaug.-Diss. Leizpig.
42. *Major, G.* (Zirndorf-Nürnberg), Unser Sorgenkind, seine Pflege und Erziehung. 428 S. Leipzig 1910. Otto Nemnich. (S. 42*.)
43. *Major, G.*, Zur Erkennung des jugendlichen Schwachsinns. Leipzig 1909. O. Nemnich. 73 S.
44. *Marie, A.*, et *Reynault, J.*, Anomalies foetales. Bull. de la soc. clin. de méd. ment. no. 3, 1910, p. 122. (S. 110*.)



45. *Martin*, *E.*, Le tatouage chez les enfants. Arch. d'anthropol. crim. 25, 75, 1910. (S. 110*.)

46. *Merzbacher*, *L.* (Tübingen), Eine eigenartige familiär-hereditäre Erkrankungsform. (Aplasia axialis extra-corticalis congenita.) Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 3, H. 1 u. 2, S. 1. (S. 110*.)

47. *Montesano*, Aviamento all' educazione e istruzione dei deficienti. Roma 1910. 100 p. (S. 117*.)

48. *Nathan*, *E. W.* (Darmstadt), Über die Assoziationen von Imbezillen und ihre diagnostische Verwertbarkeit. Klin. f. psych. u. nervöse Krkh., herausg. von R. Sommer. Bd. 4, H. 4 S. 310. (S. 109*.)

49. *Neter*. Der Selbstmord im kindlichen und jugendlichen Alter. Beitr. z. Kinderforsch. usw. H. 70. Langensalza 1910. 22 S. (S. 108*.)

50. *Oebbecke*, Stadtarzt, Neunter Jahresbericht über den schulärztlichen Überwachungsdienst an den städt. Volksschulen. Hilfsschulen usw. in Breslau für das Schuljahr 1909/10. (S. 118*.)

51. *Pachantoni*, *D.* (Genf, jetzt Halle), Über die Prognose der Moral insanity mit Katamnesen. Arch. f. Psych. u. Nervenkrkh. 1910, Bd. 47, H. 1, S. 27—49.

52. *Pearee*, *F. H.*, *Rankine*, *R.* und *Ormond*, *A. W.* (London), Bemerkungen über 28 Fälle von Mongolismus. Brit. med. Journ. 23. Juli 1910, Nr. 2586. (S. 114*.)

53. *Philippe*, *J.* et *Paul-Boncour*, *G.*, L'éducation des anormaux. (S. 117*.)

54. *Plaskuda*, Über Stereotypien und sonstige katatonische Erscheinungen bei Idiotie. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. 4. H. 3. (S. 108*.)

55. *Raecke*, *I.* (Kiel), Die Behandlung nervöser Schulkinder. Deutsche Blätter für erziehenden Unterricht Nr. 38, S. 373 Jahrg. 37 1909/10. (S. 117*.)

56. *Reicher*, Bibliographie der Jugendfürsorge. Wien 1910. (S. 105*.)

57. *Rogalski*, Zur Kasuistik der juvenilen Form der amaurotischen Idiotie mit histopathologischem Befund. Arch. f. Psych. Bd. 47. H. 3. (S. 111*.)



58. *Roubinovitch, J.*, Surdimutité avec débilité mentale, idées ambitieuses puériles, suggestibilité, échokinésie, catalepsie suggérées gestes et actes, stéreotypies, néologismes mimiques. Bull. de la soc. clin. de méd. mental 1910, no. 3. (114*.)

59. *de Sanctis, S.*, Infantilisimo e mentalitá infantile. Rivista Italiana di Neuropathologica, Psichiatria ed Elettroterapia 1910, Nr. 3, p. 53 u. 97. Ref. Alzheimer u. Lewandowsky, Bd. 1, H. 5. S. 381. (S. 114*.)

60. *Scharling, Hother*, Der infantile Mongolismus und die Tuberkulose, Ztschr. f. d. Forsch. u. Behandl. d. jugendl. Schwachsinns Bd. 4, H. 1, S. 48. (S. 114*.)

61. *Schlagenhaufer* u. *Wagner v. Jauregg*, Beiträge zur Ätiologie des endemischen Kretinismus. 48 S. Wien 1910. F. Deuticke. 2,50 M. (S. 112*.)

62. *Schob* (Dresden), Über Schwachsinnigenfürsorge. Psych.-Neurol. Wschr. 1910/11, Nr. 23, S. 214. (S. 107*.)

63. *Schultheis, L.*, Über die nosologische Abgrenzung der Idiotie mit besonderer Berücksichtigung der Dementia infantilis und eigener Beobachtung. Inaug.-Diss. Leipzig 1910.

64. *Seiffert*, Wie weit ist die Mithilfe des Psychiaters in der Fürsorge-Erziehung notwendig? Psych.-neurol. Wschr. 12, Nr. 39. (S. 119*.)

65. *Tamburini, Augusto*, Sulla demenza primitiva. Rivista sperim. di fren. 1910, vol. 36, p. 87—93. (S. 114*.)

66. *Thiemich* (Magdebrug), Die Bedeutung einer geordneten Säuglings- und Kleinkinderfürsorge für die Verhütung von Epilepsie, Idiotie und Psychopathie. Münchn. med. Wschr. 45, S. 2334. (S. 110*.)

67. *Thiemich, M.*, Methoden der Intelligenzprüfung beim Kinde, speziell beim Schwachsinnigen. Prag. med. Wschr. S. 55. Ref.: Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. 2, S. 114. (S. 109*.)

68. *Tilling, Th.* (Rothenburg-Riga), Über den Schwachsinn. Zentralbl. f. Naturheilk. u. Psych. Jahrg. 33, Nr. 301, S. 1—9.

69. *Trapet*, Über Entwicklungsstörungen des Gehirns bei juveniler Paralyse und ihre Bedeutung für die Genese dieser Krankheit. Arch. f. Psych. 47, H. 3. (S. 113*.)




70. *Tuczek*, Psychopathologie und Pädagogik. Kassel. Hessische Schulbuchhandlung. 40 S. 1,20 M. (S. 117*.)
71. *Vogt, H.*, Jugendliche Lügnerinnen. Ztschr. Vogt-Weygandt 3. H. 5.
72. *Volland*, Über die regionäre Excessivbildung von Ganglien- und Gliazellen. Ein Beitrag zur pathologischen Anatomie der Idiotie. Ztschr. f. d. Erforsch. u. Behandlg. d. jugendlich. Schwachsinns. Bd. 4, S. 237. (S. 116*.)
73. *Volland*, Über Megalenzephalie. Arch. f. Psych. Bd. 47, H. 3. (S. 115*.)

I. Allgemeine Schriften, ferner Erkennung, Allgemeine Symptomatologie, Behandlung des Schwachsinns.

Hermann (27) stellt in einem Zyklus von 30 Vorlesungen, die er dem Lehrerstande widmet, die Grundlagen zusammen, die für das Verständnis „krankhafter Seelenzustände", der psychopathischen Minderwertigkeit vonnöten sind. Das Buch ist für die Zwecke der Heilpädagogik, Fürsorgeerziehung und der Jugendgerichte geschrieben und es erfüllt seinen Zweck jedenfalls in ausgezeichneter Weise. Die Literatur der letzten Jahre hat kaum ein Werk aufzuweisen, das von so feinem Verständnis für die erzieherischen Fragen gegenüber der entarteten Jugend Zeugnis ablegt und das eine so glückliche Mischung gründlichen medizinischen Wissens, psychologischen Scharfblicks und erzieherischen Verständnisses zeigt. Das Buch ist durchaus allgemeinverständlich gehalten. Die ersten Vorlesungen führen in die psychologischen und anatomischen Grundlagen des Gebietes ein. Von Interesse wegen ihrer originellen Art der Darstellung und ihrer tiefen Erfassung des Wesentlichen sind die speziellen Kapitel über die Entartung, den degenerativen Charakter, die Nervosität der Kinder, den Schwachsinn, die Pubertätsstörungen und die Epilepsie. Die letzten Kapitel sind den erworbenen, in der Jugend auftretenden Seelenstörungen gewidmet. Es kann hier nur ganz kurz einiges herausgegriffen werden: Trefflich ist z. B. die Schilderung der kindlichen Hysterie gelungen. Der Autor sagt: Die Anlage zur Hysterie liegt in jeder Seele, sie entsteht aus der Weiterentwicklung bestimmter, immer vorhandener Keime; sie vermischt sich daher mit den vorhandenen Charakteranlagen und erhält dadurch ein ganz individuelles Gepräge. Bei Schwachsinnigen ist der Boden hierfür besonders groß, weil sie nicht selten durch hysterische Züge ihrer Umgebung Teilnahme abzwingen. Der Verfasser schildert die Durchmischung hysterischer Züge mit den Äußerungen anderer Entartungsformen; was man als hysterischen Charakter bezeichnet, ist eine Vermischung rein hysterischer und degenerativer Eigenschaften. Diesen hysterischen Charakter schildert der Verfasser so gut, wie ihn nur ein fleißiger und geschickter Beobachter darzustellen vermag. Unter der Bezeichnung „degenerativ-verschrobene Kinder" begreift der Verfasser die Kinder, welche sich durch Skrupulosität, träumerische Sentimentalität, Apathie, krankhafte Schüchternheit auszeichnen. Bei der gleichfalls recht gut gelungenen Darstellung des Schwachsinns geht der Verfasser von der



Tatsache aus, daß Schwachsinn keine Krankheit, sondern ein Sammelbegriff ist. Besonders anschaulich sind die Sprachfehler des Schwachsinns geschildert — Aphasie, Agrammatismus, Stammeln, Lispeln, Stottern, Poltern. Als schwachsinnähnliche Zustände bezeichnet der Verfasser: die sekundären Vorstellungsdefekte bei Tauben und Blinden; die verschiedenen Grade und Formen der Aprosexie bei behinderter Nasenatmung; die Hörstummheit. Das Buch ist ungemein inhaltsreich und kann jedem — Arzt und Lehrer — zum Studium des Gebietes eindringlich empfohlen werden.

Major (42) hat in seinem Buche den Versuch gemacht, Eltern und Erziehern das aus der pathologischen Geistesentwicklung der Kinder Wissenswerte darzustellen. Das Buch ist eigentlich der Versuch einer Wiedergabe psychiatrischer Tatsachen, vom Standpunkte des Pädagogen aus. Dem Arzte bietet das Buch natürlich nichts Neues, und es ist auch natürlich, daß eine persönliche Verarbeitung der Materie und subjektive Darstellung darin nicht zu Worte kommt. Anziehend an dem Buch ist die manchmal von warmer Begeisterung getragene Art der Stoffdarbietung. In der Hilfsschulfrage stellt sich der Verfasser auf den utopischen Standpunkt, daß alle Hilfsschulen Hilfsanstalten werden müßten.

Reicher (56) gibt eine Zusammenstellung der Bibliographie der Schweiz, des deutschen Reiches und seiner Bundesstaaten, dann von England, Frankreich, Österreich und Schweden; im Anhang daran wird die gesamte Literatur, die über die Gesetzgebung des Gebietes in Deutschland, Österreich und Ungarn bis 1910 erschienen ist, zusammengestellt. Die Zusammenstellung dürfte die vollständigste und sachkundigste sein, die es gibt.

In zwei Aufsätzen behandelt *Anton* (1, 2) die moralische Abartung im Kindesalter. Gemeint ist damit die angeborene Anomalie, die der moral insanity ungefähr entspricht. Es handelt sich um eine Pervertierung des Gefühls- und Gemütslebens und der Handlungen, welche daraus hervorgehen. *Anton* ist der Meinung, daß in vielen Fällen dieser Art auch eine intellektuale Beeinträchtigung der Kinder vorhanden ist, doch gibt es nach *Antons* Meinung auch Fälle von reiner moral insanity ohne Intelligenzverminderung. Alle Eigenschaften dieser Kinder laufen darauf hinaus, daß das gefühlsmäßig zustandekommende Sozialgefühl mangelt; die Kranken sind egozentrisch und sie lernen auch nicht Rücksicht auf andere nehmen. Aber nicht allein darum handelt es sich, sondern auch die Anpassung an andere überhaupt, das „Einfühlen" in den Kreis der Menschen, fehlt.

Hermann (26) gibt in seinem Aufsatze zunächst einen Hinweis darauf, daß wir noch um die Anerkennung der Tatsache kämpfen, daß unter den sittlich defekten und schwer erziehbaren Kindern sich ein recht großer Teil von Entarteten befindet. Ohne Zweifel, so sagt der Autor mit Recht, würde in der Hand von Fachleuten ein erheblicher Prozentsatz dieser Unerziehbaren verschwinden. Eine große Reihe von Eigenschaften, die in ihrer hochgradigen Ausbildung die Fälle der moral insanity darstellen, sind in leichten Graden im Kindesalter gar nicht selten. Die Frage der Erziehbarkeit degenerierter Kinder ist vielfach eine solche des erzieherischen Geschickes, und manches verstockte Kind würde sich gut entfalten, wenn eine freie, individualisierende Erziehungsabteilung seine schwachen Keime mit größerer Vor-



sicht zur Entwicklung brächte. Darin, daß Keime zur Entfaltung gebracht werden, liegt die Hauptsache. Wieweit dann ein weiterer Drill und Gewöhnung an die Rauhigkeiten des Lebens gewagt werden darf, ist wieder eine Frage für sich. Es müssen die psychologischen Konstellationen außer den rein intellektualen Faktoren berücksichtigt werden: gute Anlagen können vorhanden sein, aber sie können durch andere Faktoren verdrängt sein. Gelingt es, sie zu heben, warme Gefühlstöne wachzurufen, so ist das Wesentliche für die sittlich-erzieherische Absicht getan: das gelingt unter Anpassung an die psychische Persönlichkeit in gar manchen Fällen. Der Verfasser gibt einige Hinweise auf die Unterschiede, welche in dieser Beziehung zwischen einfach Schwachsinnigen, Hysterischen, Degenerierten bestehen. Abschreckung durch Strafe muß möglichst gemieden werden, plumpe Strafe hat keinen Zweck., „Was die Affektlage des Kindes günstig umstimmt, ist die ruhige, überlegene, wohlwollende Art, in der der machtvolle Apparat der Umgebung sich entfaltet und dem Kinde seine eigene Ohnmacht und Abhängigkeit, ohne daß ein Wort dabei zu fallen braucht, vor Augen führt.“ Bettruhe hat dem Autor als ausgezeichnetes Erziehungsmittel mehrfach gedient: sie ist für das interessenreiche Kind ein gutes Mittel, seine Affektlage umzustimmen. Der Gesamtton der Umgebung, der Abteilung ist von größter Bedeutung. Unerziehbarkeit ist ein relativer Begriff, sie stellt in vielen Fällen eine krankhafte Konstitution dar: Krankheit und Gesundheit, Schonung und Erziehung müssen weise voneinander abzugrenzen versucht werden.

Einen lehrreichen Vortrag über das gesamte Gebiet veröffentlicht *Kellner*. Derselbe bringt neben instruktiven Abbildungen eine große Zahl sehr lehrreicher Fälle.

Dawson (14) bespricht die allgemeinen Gesichtspunkte der Erkrankung und Behandlung der jugendlichen Schwachsinnigen, insbesondere würdigt er dabei die Kinder, die aus alkoholischer Aszendenz stammen.

Higier (28) bespricht in einem Vortrage das ganze Gebiet des jugendlichen Schwachsinns. Der Aufsatz ist außerordentlich dazu geeignet, einen Überblick über das Gebiet zu geben. *Higier* versucht, das ganze Gebiet des jugendlichen Schwachsinns nach ätiologischen Gesichtspunkten einzuteilen, sagt aber selbst, daß das nur „vorderhand“ ein genügender Gesichtspunkt sei; die anatomisch-klinische Betrachtung führt klassifikatorisch zurzeit weniger zum Ziele. Besonders beachtet hat der Autor die auf die Eltern wirkenden exogenen Ursachen und die dadurch hervorgebrachte Verschlechterung der Nachkommenschaft. Trauma, Vergiftung und Infektion kann vor, während und nach der Geburt schädigend wirken, sowohl das Keimplasma wie den Fötus, das Kind wie den Erwachsenen beeinträchtigen. Auch *Higier* macht die schon von *Sollier* gegebene Einteilung nach sozialen Eigenschaften in die extrasozialen Idioten und die meist antisozialen, ethisch defekten Imbezillen. Der Infantilismus wird im Sinne *Antons* als ein besonders durch Entwicklungsstörung hervorgebrachtes Bild aufgefaßt. *Higier* hat ferner die zahlreichen körperlichen Anomalien des Schwachsinns eingehend berücksichtigt. Die Fälle der Dementia infantilis *Hellers* identifiziert *Higier* mit den Frühformen des Jugendirreseins, der „Dementia praecocissima de Sanctis“, was

nach Ansicht des Referenten übrigens nicht richtig ist. Die anatomischen Bilder der Hirnrinde der Idiotie stellt *Higier* nach den Ergebnissen besonders der Forschungen von *Ranke*, *Rondoni*, *H. Vogt* dar, unter besonderem Hinweis auf die Entwicklungsstörungen und die embryonale Zytoarchitektonik der Hirnrinde. Die lehrreiche Arbeit wird abgeschlossen durch eine eingehende Darstellung einiger bekannter Krankheitstypen, so des Kretinismus, auch unter Berücksichtigung seiner formes frustes, des Mongolismus, der tuberösen Sklerose. Bei der Darstellung der Beziehungen der Lues zum jugendlichen Schwachsinn, die ja zurzeit viel diskutiert werden, schildert *Higier* die meist zu beobachtenden Krankheitsbilder. Der infantile Typus der familiär-amaurotischen Idiotie scheint *Higier* noch nicht völlig gesichert.

Schob (62) gibt einen ausgezeichneten Überblick über die Aufgaben und die Maßnahmen der Schwachsinnigenfürsorge. Nach einer Darstellung der hauptsächlichen klinischen Formen erläutert der Autor den Krankheitsbegriff vom Standpunkte der Aufgaben aus, welche bei der Fürsorge dem Arzte zufallen. Der Artikel berücksichtigt genau die große soziale Bedeutung des Schwachsinns; er geht auf die Befunde von *Thomsen*, *Mönkemöller* usw. ein sowie auf die Nachweise, welche die Untersuchungen der Fürsorgezöglinge durch *Cramer*, *Rizor* u. a. ergeben haben. Die Hilfsschulbewegung in Deutschland, eine der bedeutsamsten Bestrebungen zum Wohle schwachsinniger Kinder, ergibt folgende Zahlen: 1897 hatten wir in Deutschland 202 Klassen mit 3300 Schülern, 1900 389 Klassen mit 8000 Schülern, 1908 1050 Klassen mit 25 000 Schülern. Nach der — u. E. völlig richtigen — Ansicht des Verfassers ist die Tagesanstalt eine wichtige und notwendige Ergänzung der Hilfsschule; die Frage der Ausdehnung der Hilfsschule von den Großstädten auf das Land ist eine schwer zu lösende Frage. Der Autor geht dann auf das sächsische Fürsorgeerziehungsgesetz ein: Dieses bestimmt im § 4, daß auch der Arzt vor Anordnung der Fürsorgeerziehung gehört werden muß. Die Erläuterung hierzu sagt, daß diese Anordnung geschieht, um zu verhindern, daß solche Personen in Fürsorgeerziehung kommen, bei denen wegen ihrer geistigen Eigenschaften nicht Erziehung, sondern nur Unterbringung und Heilbehandlung angebracht erscheint. Die Notwendigkeit, den Psychiater zu hören, wird besonders betont. Das sächsische Gesetz sieht also die ärztliche Mitarbeit in anerkennenswerter Weise vor.

Heller (25) schildert in seiner Schrift die geistigen Eigenschaften und namentlich die Charakteranlagen der minderbefähigten Schüler, und besonders wieder jener Typen, welche durch eine besonders rege Phantasietätigkeit, durch das sogenannte Wachträumen, durch impulsiv-phantastische Veranlagung gegen äußere Eindrücke besonders gefährdet sind. Er schildert weiter einen passiven Typ und den Typ der psychischen Instabilität. Auch die geläufigen Krankheitsbilder, Hysterie und Epilepsie, werden abgehandelt. Der Autor weist darauf hin, daß ein großer Teil des Schülerelends bedingt ist durch das Schülermaterial, das noch besonders ungünstig durch ungeschickte häusliche Beeinflussung leidet. Vielfache Mißverständnisse zwischen Schule und Haus erschweren außerdem die Verhältnisse. Eine genaue Kenntnis der psychopathischen Schülertypen ist für Lehrer und Erzieher unentbehrlich.



Neter (49) widmet dem jugendlichen Selbstmord eine Studie. Der Verfasser sagt mit Recht, daß das Studium der ursächlichen Grundlagen der Schülerselbstmorde uns Mittel und Wege erkennen läßt, die geeignet sind, Erziehungsschäden zu mildern. Als Ursachen bezeichnet der Autor einmal eine Wandlung der Schuljugend gegen früher: die heutige Schuljugend besitzt nicht mehr das robuste Nervensystem und die Widerstandsfähigkeit der Psyche, die früheren Generationen eigen war. Das kommt von einer gewissen Verweichlichung der Jugend, von der Abnahme der Achtung vor der Autorität und von der zunehmenden Durchsetzung der Gesellschaftsschichten mit leichter oder schwerer psychopathischen Elementen. Das Kind wird zu sehr zum Mittelpunkte des Hauses gemacht, es wird zu sehr und zu früh in den Kreis des Lebens hereingezogen, es hört durch Theater, Lektüre, Schaustellungen allerlei Dinge, die für seine Psyche nicht geeignet sind. Dagegen ermangelt die heutige Jugend einer gewissen Ausbildung des Willens. Es fehlt ferner ein richtiges Vertrauensverhältnis zwischen Schule und Haus, dieser Umstand begünstigt die Möglichkeit, daß Schüler eine unrichtige Behandlung in der Schule finden. Die Überlastung und das mangelnde Verständnis, das der Schüler in der Schule findet, sind auch bisweilen, aber keineswegs immer der Grund,; falscher Ehrgeiz, soziales Milieu, Charakter, Veranlagung und viele andere Momente spielen hier hinein. Der Verfasser hat ganz recht, wenn er sagt, daß die Ursachen dieser traurigen Erscheinung erforscht werden müßten, um diese selbst abzustellen. Die Zahlen, die der Autor gibt von den Schülerselbstmorden in Deutschland, sind erschreckend groß. Es fanden in Deutschland Schülerselbstmorde statt: 1883 58, 1888 56, 1896 54, 1905 58; die übrigen Jahre zeigen ähnliche Zahlen. Die Mehrzahl der Fälle fällt relativ stets auf die höheren Schulen.

Plaskuda (54) fand Stereotypien hauptsächlich in den schweren Formen der Idiotie, irgendeine besondere Krankheitsform ließ die Erscheinung nicht vorzugsweise erkennen, sondern alle Formen zeigten sie gleicherweise, wenn sie nur eine bestimmte Höhe der Erkrankung erreicht hatten. Die Bewegungen selbst zeigten meist das rhytmische, dem Schaukeln und Schwanken ähnliche Wiegen des Körpers. 60% der schweren Fälle ließen sie erkennen, die Erscheinung ist also recht häufig und gehört, wie ja auch ein Gang durch jede Anstalt zeigt, so zu sagen zu den charakteristischen Zügen der schweren Krankheitsformen. Ein katatonisches Symptom — darin ist dem Verfasser rechtzugeben — darf man in diesen Erscheinungen nicht sehen, die Bewegungen sind viel einförmiger, haben einen etwas andern Charakter, sind mehr beeinflußbar als die stereotypen Bewegungen der Katatoniker.

Groh (22) wendet sich gegen die von *Ullrichs* und *Krohe* ausgesprochen Ansicht, die den Homosexuellen als ein besonders hochstehendes Individuum hinstellen möchten. Vielmehr begegnen wir dieser Anomalität gar nicht selten bei Degenerierten, und schon dieser Umstand zeigt, zusammenhängend mit sonstigen Zeichen der Entartung, daß wir es hier mit einer Störung der Entwicklung zu tun haben. Es ist nach mannigfachen Beobachtungen wahrscheinlich, insbesondere hat auch *Saenger* sich hierfür ausgesprochen, daß die Homosexualität nicht eine



erworbene, sondern eine angeborene Störung ist. Die Homosexuellen sind sehr oft körperlich durchaus normal gebildet, es besteht hier also nur die psychische Abnormität, oder aber sie sind mit Anomalien der körperlichen Geschlechtscharaktere ausgerüstet. *Groh* teilt eine Reihe von sehr lesenswerten Krankengeschichten mit; die Mitteilung ist besonders deshalb von Interesse, weil der Autor durchaus die moderne und heutzutage beliebte Sucht im Sexuellen etwas besonderes zu sehen, durchaus vermeidet und rein sachlich und wissenschaftlich das Gebiet behandelt. Die Beobachtungen sind folgende: Ein 30 jähriger, körperlich wohlgebildeter und mit gesunden Generationsorganen ausgestatteter Idiot ist völlig asexuell (zerebraler Mangel jeder sexuellen Eigenschaft). Ein 18 jähriger Imbeziller mit weiblichem Habitus ist psychisch, aber nicht körperlich asexuell; ferner wird die Krankengeschichte eines degenerierten Homosexuellen mitgeteilt und eines ebensolchen Falles, der an einer Dementia praecox erkrankte. Im letzteren Falle war die Nachahmung des weiblichen Geschlechts in Haltung, Sprache, Gang usw. bemerkenswert.

Damaye (13) gibt eine brauchbare Anweisung zur Untersuchung der Intelligenz schwachsinniger Kinder. Es sind einfache und anschauliche Testes, die für die Fragen, die man bei der Untersuchung an Schwachsinnige stellt, sehr gut ausgewählt erscheinen. Da auch außerdem Hinweise auf die Handhabung der psychischen Untersuchung gegeben sind, so kann der Aufsatz als guter Anhalt für die Anfertigung eines psychischen Status schwachsinniger Kinder gelten.

Thiemich (67) gibt ein eingehendes Referat über die Methoden der Intelligenzprüfung bei schwachsinnigen Kindern. Auch mit den zur Verfügung stehenden Methoden, namentlich der von *Ziehen*, ist die Erkennung leichterer Schwachsinnsgrade oft nicht möglich. Derartige Mängel entscheidet meist die Erfahrung der ersten Schuljahre; die Frage kann auch im einzelnen Falle nur durch gemeinsame Arbeit von Arzt und Lehrer gelöst werden. Gleichfalls der Intelligenzprüfung von Schwachsinnigen ist die Arbeit von *Delacroix* und *Degand* (15) gewidmet: Es werden die *Binet*schen und *Simon*schen Testes für die Probe erörtert. Die Brauchbarkeit dieser Testes ist für gewisse Altersstufen eine große.

Barr (4) gibt einen Überblick über die Schwachsinnsformen vom klinischen Standpunkt unter Berücksichtigung neuer Forschungen.

Douglas (16) stellt die Gesichtspunkte der Schwachsinnigenbehandlung in den Anstalten zusammen.

Nathan (48) hat an 8 Fürsorgezöglingen, die wegen Schwachsinns in der Gießener Klinik zur Beobachtung waren, Assoziationsversuche angestellt. Es ergaben sich bei diesen, durchaus dem leichteren Grade der Imbezillität angehörigen Fällen: verlängerte Reaktionszeit, Steigerung von formalen Reaktionen, Stereotypien, sinnlose Reaktionen, sprachliche Schwierigkeiten, phantastische Neuschöpfungen namentlich sprachlicher Art. Die erethischen Formen ließen neben der geistigen Minderwertigkeit auch vor allem eine erhebliche Störung der Aufmerksamkeit erkennen.

Blin (7) gibt Bericht über einen der mehrfach beobachteten, aber immer wieder interessanten Fälle von ausgezeichnetem Gedächtnis für Einzeltatsachen bei hochgradigem Schwachsinn. Der vorgestellte Kranke verfügte über die Fähig-

keit, die Wochentage, die auf ein jeweils genanntes Datum fielen, innerhalb 2 bis 5 Sekunden anzugeben. Der Modus, wie er dies feststellte, ist unbekannt, rechnerische Operationen scheinen ausgeschlossen, da der Kranke nur unter zehn einigermaßen richtig rechnete: wahrscheinlich ist es eine der Merkfähigkeitsleistungen, die man bei diesen Kranken öfter beobachten kann.

Martin (45) hat das Problem der Tätowierungen an Kindern studiert. Die Mehrzahl dieser Dinge sind bekanntlich später, in Gefängnissen usw., erworben, sie sind durchaus Milieuerwerbungen. Um so interessanter ist die Beobachtung des Autors, der 6 Fälle bei 10 jährigen Knaben, 11 bei 14 jährigen auffinden konnte. Dabei war das ganze Material nur etwa 100 Fälle stark. Dieser große Prozentsatz erklärt sich gleichfalls aus dem Milieu.

Kunert (37) gibt die Grundsätze für eine hygienische und sachgemäße Ernährung, namentlich hinsichtlich der Beeinflussung des Gebisses und hinsichtlich der für die Kinderernährung in Betracht kommenden Gesichtspunkte. Der Aufsatz bringt nichts Neues.

Hegar (24) gibt einen Überblick über alle diejenigen Arten von Entwicklungsstörungen, namentlich auf körperlichem Gebiete, die sich rein als Hemmungen aus der Fötalentwicklung ableiten lassen, die also das Persistieren fötaler Charaktere darstellen: also z. B. Lanugobehaarung, die während des Lebens erhalten bleibt, Absonderlichkeiten der Kopfform, der Sexualorgane usw. Der Artikel gibt nur einen Überblick über verschiedene derartige Typen. Eine ähnliche Zusammenstellung geben *Marie* und *Regnault* (44).

Hoppe (29) geht aus von der erst den letzteren Jahren zu dankenden Erfahrung, daß es ganz falsch sei, nur die endogenen Faktoren als die Urheber des Schwachsinns in der Jugend anzusprechen. Die exogenen Faktoren, die Einwirkungen des Milieus usw. hätten mindestens die gleiche Bedeutung. Der Autor bespricht nun im einzelnen diese Faktoren, insbesondere die Ernährungsstörungen, die Belastung durch Lues und Tuberkulose. *Hoppe* betont namentlich die Notwendigkeit in Schwachsinnigenanstalten, Findelhäusern usw., einen frühzeitigen Kampf gegen die Erbsyphilis zu führen. Der Bedeutung der Ernährung in der Kindheit wendet sich das Korreferat von *Thiemich* (66) zu.

Bayerthal (5) hat seine Untersuchungen über die Belastung schwachsinniger Kinder fortgesetzt, und er konnte diesmal unter den Hilfsschülern, die ja bekanntermaßen aus besonders stark degenerierten Milieus stammen, in etwa 92% der Fälle eine erhebliche Belastung nachweisen. Darunter sind nach seinen Feststellungen allein 53% durch Alkoholismus belastet. Der Alkoholismus und namentlich der schwere Alkoholismus ist ein die Nachkommenschaft sehr gefährdendes Moment.

II. Einzelne Krankheitsformen.

Spezielle Pathologie und pathologische Anatomie.

Merzbacher (46) hat eine ungemein interessante Studie veröffentlicht, die sich stützt auf die Darstellung einer Reihe von Krankheitsfällen mit einem höchst

eigenartigen anatomischen und klinischen Befund. Es sind 14 Fälle aus derselben Familie, die etwa folgendes Krankheitsbild aufwiesen: Die Krankheit beginnt in der ersten Lebenszeit (3. Monat) mit Zittern des Kopfes, Unfähigkeit, sich aufzurichten, es entwickeln sich dann Paresen und Kontrakturen der unteren Extremitäten, weiter ebenso spastische Lähmung der Becken- und Rückenmuskeln, Erhöhung der Reflexe; die oberen Extremitäten blieben in der Mehrzahl der Fälle frei. Daneben zeigen die Muskeln, mit Einschluß derjenigen der Sprache (Bradylalie), eine eigentümliche Bewegungsart: ruckweise erfolgende, langsame Bewegungen. In mehreren Fällen bestand eine blasse Verfärbung des Augenhintergrundes, ebenso Hyperakusie. Die Psyche zeigte geringe Andeutungen von Abnahme der Regsamkeit, keinen eigentlichen Schwachsinn. Es kamen ferner als häufige Erscheinungen hinzu: schwere trophische Störungen der Knochen. Die Krankheit ist vom Autor — die ersten Fälle aus derselben Familie sind von *Pelizaeus* seinerzeit mitgeteilt worden — durch 4 Generationen verfolgt worden: gesund bleibende Mütter übertragen die Krankheit auf die Nachkommen. Von den 14 Patienten waren nur 2 weiblichen Geschlechts. Anatomisch ergab sich ein äußerlich wohlgebildetes Gehirn, eine fast völlige Markatrophie in ausgedehnten Teilen des Großhirns: die Windungen, die recht gut erhalten sind, sitzen an einem fast farblosen (bei Markscheidenfärbung) Markkörper. Überall, namentlich im Markkörper, sind ausgedehnte Gliaveränderungen. Die höchst eigenartigen, in ihrer Weise zum Teil einzigartigen Veränderungen müssen im Original studiert werden, die Untersuchung und Darstellung der Veränderungen ist mustergiltig. Der Verfasser benutzt nun die Fälle zu einer höchst geistreichen Studie über das Problem der Heredodegeneration. Er geht aus von der Tatsache, daß ein Fall der sogenannten „familiären amaurotischen Idiotien", den *Schaffer* untersucht hat, sowohl die für letztere Krankheit charakteristischen Veränderungen wie auch solche darbot, die sich den Befunden *Merzbachers* anreihen lassen. Die bisher geschehene Subsumierung der Fälle von *Pelizaeus* unter die amaurotische Idiotie usw., wie sie von *Higier*, vom Referenten u. a. geschehen ist, lehnt der Verfasser mit Recht ab. Er sagt, „daß alle die hereditärdegenerativen Erkrankungen, so verschieden sie aussehen mögen, einem großen Begriff angehören, dem der Heredodegeneration". Er will daher auch nicht eine neue Krankheit darstellen, sondern ein bisher unbekanntes anatomisches Substrat den bereits bekannten Substraten angliedern. (Gegen diese Fassung der Heredodegeneration, die sowohl der konzisen Darstellung charakteristischer Befunde, wie der Vereinheitlichung und Zusammengehörigkeit, gerecht wird, wird niemand etwas einzuwenden haben, auch die nicht, die derartige Krankheitsbilder bisher als Entitäten auffaßten. Ref.)

Rogalski (57) teilt einen Fall von familiärer amaurotischer Idiotie, und zwar vom juvenilen Typus dieser Krankheit, mit. Die Krankheit beginnt mit Abnahme der geistigen Regsamkeit (7. Lebensjahr) und mit Erblindung (10. Jahr). Der ophthalmoskopische Befund — hellroter Fleck in der Macula — war wie bei den infantilen Fällen. Im 13. Jahre traten Geh- und Sprachstörungen hinzu, die Erscheinungen schritten fort, der Tod erfolgte mit 26 Jahren im tiefsten Marasmus. Die histologische Untersuchung ergab eine ubiquitäre, charakteristische Schwellung



sämtlicher Ganglienzellen des Gehirns, entsprechend den von *Spielmeyer* und *H. Vogt* nachgewiesenen Befunden.

Dieselbe Krankheit hat *Jansky* (30) studiert an einem Falle der infantilen Gruppe. Der Patient war im 4. Jahr erkrankt, der Tod erfolgte mit 5 Jahren. Es bestanden außer den charakteristischen Zeichen: progrediente Verblödung, Erblindung und Lähmung, auch epileptiforme Anfälle. Makroskopisch zeigte das Gehirn „Sklerosierungen" in einzelnen Teilen des Groß- und Kleinhirns. Der mikroskopische Befund ergab Schwellung der Zellen. Das Kleinhirn läßt außerdem Mangel bestimmter Schichten, Agenesie der Kernanlage und Verminderung der *Purkinje*-Zellen erkennen. (Der Fall ist, Ref., offenbar ein Grenzfall, es kombinieren sich hier andersartige Entwicklungsstörungen mit der charakteristischen Krankheit.) 3 Geschwister waren unter demselben Krankheitsbilde gestorben.

Schlagenhaufer und *Wagner von Jauregg* (61) geben in ihrer Studie eine interessante Beschreibung mehrerer kretinischer Hunde aus Steiermark. Die Tiere waren durch plumpe, gedrungene, zwerghafte Gestalt, verkürzte Schädel, durch besonders plumpe und gedrungen gebaute Extremitäten, durch schlaffe, teigige und sulzige Haut, einen kurzen, stummeligen Schwanz ausgezeichnet. Außerdem war die Behaarung der Tiere mangelhaft, die Haare borstig, rissig, zum Ausfallen geneigt, die ganze Haut schuppig, atrophierend. Das Verhalten der Tiere war ein stumpfes, die Tiere ließen die Munterkeit vermissen, saßen still umher, waren träg, schwerfällig in ihren Bewegungen. Die Veränderungen der Haut sind von den Autoren besonders eingehend auch mikroskopisch untersucht, es zeigten sich ganz erhebliche Veränderungen. Die Schilddrüsen ließen keine Veränderung erkennen, auch nicht im mikroskopischen Präparat. Die Autoren versuchten daraufhin, das gleiche Resultat per experimentum herbeizuführen, indem sie eingedicktes Kropfwasser aus Steiermark von gesunden Hunden trinken ließen: die Versuche blieben aber ohne Resultat. Die Autoren teilen außerdem einen eingehenden pathologisch-anatomischen Befund eines kretinischen Kindes mit.

Eller (17) hat einige Fälle von Kretinismus sehr genau untersucht und teilt seine Ergebnisse mit. Bemerkenswert ist, daß es sich um 3 aus einer Familie stammende Fälle handelt, die aus einer bisher von Struma und endemischem Kretinismus verschonten Gegend stammten. Der Typus der Fälle war durchaus typisch, die Untersuchung kann als mustergültig gelten und liefert jedenfalls einen zuverlässigen Beitrag zu dem Kapitel der Nosologie des Kretinismus. Schilddrüsenfütterung hatte zum Teil sehr weitgehenden Erfolg. *Isakianz* berichtet über die Behandlung des sporadischen Kretinismus in mehreren Fällen.

Flinker (19) hat in jüdischen Familien in der Herzegowina Kretinismus beobachtet. Die Mitteilungen enthalten nichts Neues.

von Klimpely (33) will durch Behandlung mit Thyreoidintabletten 21 Fälle von Kretinismus „geheilt" haben. Die 7 Fälle von Besserung hören sich schon eher wahrscheinlich an. Es handelt sich bei den Fällen um endemischen Kretinismus. Der Verfasser glaubt, daß die Fälle, welche in 1 bis 2 Jahren geheilt werden, zu keinem Rezidiv neigen. Recht hat er sicher mit der Behauptung, daß die Individuen um so bessere Resultate ergeben, je jünger sie in Behandlung kommen.



Interessant sind seine Mitteilungen über das Körperwachstum nach der Medikation und über die Besserung von Gehör und Sprache: diese erfolgte nur bei leichteren Störungen.

Lippmann (40) hat am Material der Uchtspringer Anstalt in 40% der von ihm untersuchten Fälle von Idiotie eine sicher luetische Reaktion gefunden. Die Fälle sind mit allen Mitteln der modernen Luesdiagnostik, insbesondere auch eingehend serologisch untersucht. Der Autor sagt ganz mit Recht, daß die Lues offenbar einen recht großen Raum in der Ätiologie des jugendlichen Schwachsinns einnehme. Jedenfalls kann sich der Nachweis der Lues bei diesen Fällen auf sichere Mittel stützen, während die als ursächlich so oft genannten Faktoren: Alkoholismus, Geburtstraumen usw. sicher weit überschätzt werden. Auch die serologisch negativ reagierenden Fälle sind doch sicher auch teilweise ursächlich luetisch: hier ist die Krankheit eben ausgeheilt, die Fälle abgelaufen. Sie wurden ja auch teilweise erst in fortgeschritteneren Jahren, 2. und 3. Lebensjahrzehnt, untersucht. Man sollte die Fälle von Schwachsinn jedenfalls möglichst frühzeitig daraufhin untersuchen, um eingreifen zu können. Wenn sich das nicht als ausreichend erweist, so muß der Vorschlag *Wassermanns* durchgeführt werden, daß in Geburtshäusern, Findelhäusern usw. möglichst durch ausgedehnte Anwendung des serologischen Verfahrens versucht werden muß, die latente Lues von Mutter und Kind zu erkennen, um darauf gestützt schon in dieser frühen Lebenszeit eine Behandlung durchzuführen.

Brückner (9) polemisiert in seinem Artikel hauptsächlich gegen *Lippmann* und *Plaut*. Der Autor hatte im vorigen Jahre in Gemeinschaft mit einigen andern Autoren ein größeres Material von Idioten seroloisch untersucht und nur einen sehr kleinen Prozentsatz von positiv nach *Wassermann* reagierenden Fällen gefunden. *Brückner* hält daran fest und bestreitet, daß die Befunde von *Lippmann*, der wesentlich höhere Zahlen gefunden hatte (30% gegen etwa 10 der Hamburger Autoren), zutreffen. Die Anstaltsfälle können vielleicht die Frage überhaupt nicht entscheiden, die Kinder, die idiotisch sind, müssen möglichst frühzeitig untersucht werden: nur so lassen sich auch die Daten der Anamnese genau feststellen.

Kürner (36) untersuchte mit Hilfe der *Wassermann*schen Methode 1244 Schwachsinnige in den Krankenanstalten Württembergs. Es wurden nur Kranke unter 40 Jahren untersucht, weil das Hauptaugenmerk des Autors sich auf die Fälle der hereditären Lues richtete, diese aber natürlich in jüngeren Jahren besser nachgewiesen werden kann. Die Möglichkeit einer spontanen Ausheilung dieser Krankheit und damit der negative Ausfall der Untersuchung wächst dadurch mit dem Alter. Von den 1244 Fällen ergaben 119 ein positives Resultat, davon waren 63 aus Städten, 25 vom Lande. 19 waren uneheliche Kinder. Nach den Krankheitsformen waren 6 Hydrocephali, 4 Mikrocephali, 60 reine Idiotie ohne besondere klinische Merkmale, 10 sekundäre Demenzen, 31 Epilepsien, 7 verschiedene Krankheitsformen anderer Art. Im ganzen wurde bei etwa 15% aller Idioten und bei 5 bis 6% der untersuchten Epileptiker ein positives Ergebnis gefunden.

Trapet (69) hat mehrere Fälle von juveniler Paralyse untersucht. Er konnte die dabei bis jetzt stets gefundenen Veränderungen im Kleinhirn (mehrkernige *Purkinje*-Zellen, Verlagerung der Zellen, unfertige Elemente usw.) nachweisen.





Im Großhirn zeigt nur ein Fall Entwicklungsstörungen. Diese bestanden in Längsreihenbildung der Zellen und Erhaltung des embryonalen Rindentypus in der Zellschichtung. Verfasser sieht die ererbten luetischen Gifte als die Ursache der Entwicklungshemmung an; allerdings finden sich, worauf auch der Autor hinweist, diese Veränderungen nicht nur bei hereditärer Lues: diese stellt nur eine der Ursachen dar, welche den erwähnten Effekt haben können; das Bild selbst ist hauptsächlich bestimmt durch den Zeitpunkt, in welchem die Erkrankung einsetzt.

Pearee (52) gibt eine Zusammenstellung von 28 Fällen von Mongolismus. Die Mitteilung ist ein Beitrag zur Nosologie dieser Krankheit, bringt im wesentlichen aber nichts Neues.

Scharling (60), der 58 Fälle von Mongolismus auf Tuberkulose untersucht hat, kommt zu folgenden Ergebnissen: Tuberkulose in der Blutsverwandtschaft des mongoloiden Idioten scheint nicht häufiger als in andern Familien zu sein, und ist nicht so häufig wie in den Familien der Phthisiker. Eine — obwohl nicht entscheidende — ätiologische Rolle scheint man ihr nicht absprechen zu können. Hinsichtlich der Mortalität ergab sich: 28,5% der Patienten mit infantilem Mongolismus sterben an Tuberkulose; 52,3% der Patienten mit infantilem Mongolismus, die sterben, haben Tuberkulose in einer solchen Form, daß dieselbe auch in vivo diagnostiziert werden kann. Wir kommen damit auf keinerlei Weise durch unser Material über die gewöhnliche Tuberkulosemortalität, die 30% für das Kindesalter und nur ein wenig über die gewöhnliche Tuberkulosenmortalität, die 40 bis 50% für das Kindesalter angibt (*Seitz*). Vornehmlich handelte es sich nicht um Lungentuberkulose, sondern um Tuberkulose der andern Organe. Immerhin sind die Mongoloiden für Tuberkulose in erhöhtem Maße empfindlich.

De Sanctis (59) schildert einen Fall von Infantilismus auf Grund mangelhafter Veranlagung der Schilddrüse. Der Fall ist somatisch und psychisch eingehend untersucht, namentlich sei auf die vielen guten Bilder und die wertvollen Assoziationsversuche hingewiesen. Der Verfasser erörtert von neuem das Problem des von ihm seit Jahren eingehend studierten Krankheitsbildes des Infantilismus.

Tamburini (65) stellt in einer Studie über die Dementia praecox die verschiedenen klinischen Formen dieser Krankheit einander scharf gegenüber; er weist besonders darauf hin, daß die Erfahrung die Trennung in paranoide Hebephrenie und katatone Formen durchaus erlaubt. Unter den an zweiter Stelle genannten Fällen unterscheidet er wieder die typischen Fälle und die schon von *Kahlbaum* als Heboidophrenie bezeichneten. Insbesondere widmet *Tamburini* den heilbaren Fällen eine eingehende Darlegung. Er zeigt, daß nach seinen Erfahrungen 8 bis 13% der Fälle einen derartig guten Verlauf nehmen. Die Bezeichnung einer primitiven Demenz gilt also nicht für alle Fälle. Die Dissoziation, diese fundamentale Eigenschaft, mit der auch andere in Demenz ausgehende Krankheiten beginnen, zeichnet auch die Fälle von vornherein aus, die in Heilung übergehen. Auch die Frühfälle werden von *Tamburini* angeführt.

Rubinowitsch (58) beschreibt fo'genden recht interessanten Fall: Ein 47-jähriger, früher geistig nicht kranker Taubstummer zeigt seit einigen Jahren merkwürdige Bewegungen, die sich stereotyp wiederholen, Handlungen, die sich gegen



eine bestimmte Person zu richten scheinen, er sammelt Steine, Münzen. Es besteht Flexibilitas cerea, Nachahmungstrieb, er ist stumpf, zeigt weder Freude, noch Ärger. Die Bewegungen werden vom Autor als eine selbstgebildete Sprache aufgefaßt, im übrigen glaubt er, daß es sich um einen Ausdruck bestehender geistiger Schwäche, wie sie bei Taubstummen ja gewiß häufig ist, handele. (Ob es nicht viel einfacher ist, hier eine sogenannte Pfropfhebephrenie bei einem von Haus aus imbezillen und außerdem taubstummen Wesen anzunehmen? Wie paßt die „selbstgebildete Sprache“ zu der Annahme, daß die Symptome im übrigen Ausdruck einer vorhandenen Geistesschwäche sein sollen? Ref.)

Volland (73) teilt einen interessanten Fall der bisher wenig studierten Megalenzephalie (Makrocephalia) mit. Es handelte sich um einen 21 jährigen belasteten Patienten, bei dem schon von Anfang des Lebens an eine auffallende Größe des Kopfes vorhanden war. Vom 14. Lebensjahr an setzte eine rasch fortschreitende, zur Demenz führende Epilepsie ein. Der Schädelumfang betrug im Alter von 21 Jahren 62 cm, der Schädel ist symmetrisch gebaut, auch richtige Verhältnisse zwischen Hirn- und Gesichtsschädel sind vorhanden. Zahlreiche Degenerationszeichen bestehen. Klinisch war außer den genannten Dingen hartnäckiger Kopfschmerz und Zustände von Benommenheit von Interesse. Die Schädelkapazität betrug 1830 ccm, das Hirngewicht 1874 g. Makroskopisch zeigt das Gehirn keine Störungen im Bau, plumpe Windungen, die Ventrikel sind sehr eng (ein übrigens für die Makrozephalie charakteristischer Befund, Ref.). Auch das Rückenmark ist größer und stärker gebaut als normalerweise. Thymus persistens von 215 g Gewicht. Die Schilddrüse ist mangelhaft. Die mikroskopische Untersuchung zeigte Oberflächengliose im ganzen Gehirn, schlechte Entwicklung der Pyramidenzellenschichten der Rinde, zahlreiche, körnerartige Elemente in der Rinde. Eigenartige, besonders große Zellenelemente von schwer definierbarem Bau in einzelnen Teilen der Großhirnrinde und im Kleinhirn. Nach der Ansicht des Verfassers sind die gesamten Störungen — Thymus, Schilddrüse, Gehirn, die Degenerationszeichen — synonyme, aus einer Gesamtstörung der Entwicklung und Anlage entspringende Momente.

Damaye (13) hat einen Fall von schwerer Idiotie auf der Basis einer Meningoenzephalitis klinisch und anatomisch genau studiert. Die ganze körperliche Entwicklung war eine infantile geblieben. Es zeigten sich außerdem schwere Schäden der Entwicklung namentlich am Gefäßapparat, wo der Ductus *Botalli* erhalten geblieben war. Es dürfte wohl von besonderem Interesse sein, daß das Individuum trotzdem ein Alter von 27 Jahren erreicht hat. Außerdem zeigten sich schwere Mängel der Zahnbildung.

Blind (8) bringt eine fleißige und gut orientierende Zusammenstellung über die zurzeit herrschenden Ansichten betreffs des Ursprungs der Porenzephalie und der dabei zu beobachtenden Wachstumsstörungen. Interessant sind seine Zusammenstellungen über das Geburtstrauma und die Rolle der Infektionskrankheiten. Er schließt sich in erster Linie der Ansicht des Referenten und *Vollands* an, daß das Geburtstrauma in seiner ätiologischen Bedeutung sehr überschätzt worden ist. Der Autor würdigt die Rolle, welche namentlich auch post partum entstehende



Schädigungen für die Entstehung der Porenzephalie haben. Diese Momente sind bislang meist übersehen worden.

Volland (72) beschreibt regionäre Exzessivbildung von Ganglien- und Gliazellen in einer lehrreichen Arbeit. Es handelt sich um einen schweren Fall von Idiotie und Epilepsie. Makroskopisch bot das Gehirn nichts Besonderes. Die Organe waren sämtlich sehr klein. Bemerkenswert ist folgendes: Beleuchtet man das linke Auge, so verengert sich sowohl die Pupille links als rechts, beleuchtet man nur das rechte, so erfolgt keine Reaktion. Nun zeigte sich im Bereich des Gyr. occipitalis II und III beginnend die Marksubstanz eigenartig streifig pigmentiert und von einer härteren Konsistenz. Diese Veränderung ließ sich dann weiter nach vorn verfolgen, wo sie im Bereich des Gyr. angularis, des Endes der zweiten Temporalwindung und des Gyr. interparietalis superior ihre größte Intensität erreichte und von da sich noch in das Ende der ersten Schläfenwindung, in das hintere Ende des Gyr. supramarginalis und interparietalis inferior verfolgen ließ. „Bei der histologischen Untersuchung der makroskopisch veränderten Rinden- und Markteile des Occipitalhirns zeigen sich eigenartige Riesenzellformen ganglionären und gliösen Charakters, nicht selten sind mehrkernige Gebilde anzutreffen. Die ganglionären Riesenzellen haben in der Rinde meist pyramidenförmige Gestalt es kommen jedoch auch andere wunderliche Gestaltungen, z. B. Spindelformen, vor Letztere sind vor allem in der Marksubstanz anzutreffen. Lipoide Substanzen enthalten sie nicht, das gleiche ist auch an den übrigen ganglionären Elementen der Hirnrinde festzustellen. Die Riesenzellen gliösen Charakters besitzen eine plumpe, ovale oder rundliche Form mit großem, ovalem oder rundlichem Kern und homogenes Protoplasma. Daneben lassen sich an manchen Elementen plumpe, unregelmäßige Fortsätze unterscheiden, oder die gliösen Riesenzellen erscheinen als zackige, zerfetzt aussehende oder langhingestreckte, sich auffasernde Gebilde, deren Fortsätze in die gewaltige Gliafaserung übergehen; wieder an andern Stellen, wo die Gliafaserung ein langgestrecktes Gefüge angenommen hat, ist anscheinend die Metamorphose der großen Zellen in die eigenartige Faserung eingetreten. Die Gewebsstruktur an den veränderten Partien erinnert im Verein mit den gliösen und ganglionären Riesengebilden histologisch an Hirnbefunde bei Gliomen und bei der tuberösen Sklerose. Letztere ist jedoch völlig auszuschließen.“ Der interessante und sorgfältig studierte Fall wird als Entwicklungsstörung aufgefaßt.

III. Erziehung und Unterricht Schwachsinniger. Fürsorge.

Cramer (10) gibt in seinem Vortrage ein außerordentlich klares und anschauliches Bild von dem Wesen und der klinischen Erscheinungsweise des jugendlichen Schwachsinns. Er setzt in dem hauptsächlich für Erzieher, Anstaltsleiter und Lehrer berechnet gewesenen Vortrage die Grundlagen der Lehre vom jugendlichen Schwachsinn, die erzieherischen Schwierigkeiten, die sozialen Aufgaben auf diesem Gebiet auseinander. Der Vortrag hat auch für Ärzte ein um so größeres Interesse,



als immer mehr an Ärzte die Aufgabe herantreten wird, dem Lehr- und Erziehungspersonal der Anstalten über dieses Gebiet Unterricht zu erteilen

Ley (39) schildert die Erziehungsschwierigkeiten, die geistig abnorm veranlagte Kinder in der Schule machen; es handelt sich dabei weniger um schwachsinnige als um psychopathisch Minderwertige, Instable und Degenerierte.

Philippe et *Paul-Boncour* (53) erörtern, ohne Neues zu bringen, die Grundsätze der Erziehung und des Unterrichts der Schwachsinnigen.

Tuczek (70) gibt für Lehrer und Erzieher einen Überblick über die verschiedenen Formen des jugendlichen Schwachsinns und der Geistesstörungen im Kindesalter; es werden die in Betracht kommenden Formen besprochen und ihre Erscheinungsweise und Eigenart namentlich vom pädagogischen Standpunkt aus erörtert. Die Darstellungsweise macht das Schriftchen für den Mediziner ebenso wie für den Lehrer und Erzieher wertvoll.

Raecke (55) gibt eine Anweisung für die Behandlung nervöser Kinder in der Schule. Der Artikel stellt namentlich für die Pädagogon eine wertvolle Belehrung dar. Der Autor beschreibt und erklärt die verschiedenen Krankheitszeichen: die Tiks, den Stimmungswechsel, die Schreckhaftigkeit dieser Kinder; er würdigt eingehend die Neigung zum Weglaufen, die Eigenschaften des Gedächtnisses und der Phantasie. Die Kinder sind vielfach unsozial, sie sind ferner sehr beeinflußbar durch Umgebung und Milieu. Die Erzieher und Lehrer dürfen vor allem von sich selbst aus nur mit großer Ruhe ihres Amtes walten, sollen mit ihrer eigenen Nervenkraft haushalten, nicht im Affekt strafen und dergleichen. Vor allem ist nicht nur das geistige Traitement, sondern auch die Berücksichtigung der körperlichen Entwicklung für die Kinder von großer Bedeutung. Turnen und Muskelübungen jeder Art müssen zu ihrem vollen Recht kommen.

Montesano (47): Nach einer Einleitung über die Grenzen der medizinisch-pädagogischen Heilerziehung bespricht der Verfasser die Aufgaben des Arztes auf dem Gebiete. Es werden im einzelnen die Erziehung der Bewegungen an einfachen und klaren Beispielen, dann die Erziehung der Sinnesorgane, die Erziehung zum Verständnis der einfachen Begriffe Raum, Zeit, die Tastqualitäten, das Zurechtfinden am eigenen Körper usw. besprochen. Die Anleitungen und Beispiele sind vielfach außerordentlich klar und zeigen eine eingehende Kenntnis des ja auch durch klinische und anatomische Untersuchungen auf dem Gebiet bekannt gewordenen Autors. Es werden schließlich die einfachen Grundlagen des Schulunterrichts Lesen, Schreiben, Rechnen und die Erziehung des Willens und der Gefühle durchgesprochen. Das Buch gibt für die praktische und wissenschaftliche Beschäftigung mit den Aufgaben der Heilerziehung eine brauchbare Anleitung.

Cramer (11) geht in seinem Aufsatz über Pubertät und Schule aus von der anatomischen Tatsache, daß die Entwicklung und das Wachstum der Körperorgane in der Zeit der Pubertät eine gewisse Unruhe und ein Schwanken zeigt. Das Herz und besonders das Gehirn erleiden in dieser Zeit wichtige Umgestaltungen. Zwischen der Entwicklung des Gehirns und der psychischen Entfaltung besteht auch in diesem Sinne durchgehend Parallelität. Die genannten Umgestaltungen stellen an den Organismus erhöhte Anforderungen, und körperliche Schwächezustände, nament-

lich Anämie sind in dieser Zeit, besonders beim weiblichen Geschlecht, nicht selten. Der Mensch wird durch die Entfaltung, welche er während der Pubertät durchmacht, aus einem unreifen Kind ein selbständiger und mit abstrakten Begriffen rechnender erwachsener Mensch. Es handelt sich in dieser Epoche um den Erwerb komplizierter assoziativer Mechanismen, um die Aneignung des selbständigen Vorstellungvermögens. Vor der Pubertät herrschen beim Kinde Triebe und Instinkte vor, es besteht eine große Unmittelbarkeit in der Aufnahme und Verarbeitung äußerer Eindrücke, lebhafte Phantasietätigkeit, Nachahmungstrieb, ein Schließen und Urteilen auf Grund einfacher und naheliegender Assoziationen, „Kurzschlüsse". Mechanische Assoziationen, eingelernte Dinge herrschen vor. Die Pubertät selbst bedingt eine starke psychische Schwankung. Die mangelnde Urteilskraft führt zu einer oft drolligen Selbstüberschätzung, zu unreifen künstlerischen Versuchen, zu Überschwenglichkeiten im Gefühl, im Ausdruck, sowohl in der Rede, wie in der Schrift. Kindheit und Jugend sind entschieden von egozentrischen Motiven beherrscht. Die Pubertätentwicklung leistet das Wertvollste am Menschen, die Ausbildung der Persönlichkeit, Neigung und Veranlagung, Urteilen und Schließen erlangen ihre höhere Reife. Die Psyche ist während der ganzen Pubertät in einem recht labilen Zustand. Das sind die normalen Vorgänge; das Gebiet des Pathologischen wird in den mannigfachen Umwandlungen nicht selten auch bei gesunden Jugendlichen gestreift. Recht schwierig können sich die Umwandlungen der Pubertätzeit gestalten, wenn es sich um pathologische Individuen handelt. *Cramer* bespricht die verschiedenen Zustände, welche hierbei hauptsächlich in Betracht kommen, die Schwachsinnsformen und die degenerativen Zustände, sowie die leichteren, aber erzieherisch oft besonders schwierigen Grenzzustände. Die Schule, in deren Bereich alle diese Umwandlungen liegen, hat wichtige und schwere Aufgaben hierbei zu lösen. *Cramer* präzisiert diese Aufgaben im einzelnen näher. Jedenfalls ist, so schließt der lehrreiche Aufsatz, die genaue Kenntnis der Pubertätsjahre von allergrößter Bedeutung für Lehrer und Erzieher.

Der schulärztliche Überwachungsdienst wird von Stadtarzt *Öbbecke*-Breslau (50) für das ihm unterstehende Stadtgebiet in einem anschaulichen Bericht zusammengestellt. Die Hilfschulen Breslaus nehmen darin einen breiten Raum ein. Breslau läßt 1006 Hilfschüler und -schülerinnen in entsprechenden Klassen unterrichten. Der Bericht gibt eine genauere Übersicht besonders über die gesundheitlichen Verhältnisse der 250 neuaufgenommenen Schüler, namentlich über die nervösen Krankheiten und Bildungsfehler dieser Kinder. Interessant ist, daß darunter 14 Kinder sich befanden, die eigentlich nicht oder nicht allein schwachsinnig waren, sondern vorwiegend andere geistige Abnormitäten (Degeneration, Hysterie usw.) zeigten. Zahlreich sind die Krankheiten und Fehler der Sinnesorgane, außerordentlich groß die Zahl der Kinder, die aus ganz verwahrlosten und armen Verhältnissen stammen: wieder ein Beweis für die große Bedeutung, die das Milieu und die Aszendenz für die Genese des jugendlichen Schwachsinns hat. Besonders tritt die Rhachitis stark hervor. Interessante Zahlen über Kopfmaße schließen den interessanten, hier berührten Teil des umfangreichen Berichts; Schularzt der Hilfschulen ist Dr. *Cholzen*.

Der in Hamburg ins Leben getretene „Bund für Schulreform" gibt in einer Flugschrift die Vorträge heraus, die bei der Eröffnungversammlung gehalten worden sind. Sie sind im großen und ganzen alle auf den Gesichtpunkt gestimmt, daß die Durchforschung der Kindesseele, die namentlich in den letzten Jahrzehnten geleistet worden ist, mehr auch in praktische Verwertung umgesetzt werden muß. Bemerkenswert von den Aufsätzen sind namentlich der Aufsatz von *Meumann*: Aufgaben und Ziele, der von *Wetekamp* über Schulfragen, sowie der von *Weygandt* über Hygiene und Erziehung.

Seiffert (64) spricht sich in seinem Aufsatz sehr entschieden für die Mitarbeit des Psychiaters bei der Fürsorgeerziehung aus. Die Fürsorgeerziehung ist kein Zwangsgesetz, sondern ein Gesetz der Prophylaxe und Fürsorge. Diese muß eintreten bei Kindern, welche aus so schlechten und traurigen Verhältnissen kommen, wie die Fürsorgezöglinge; von den unter 12 Jahren alten Zöglingen hatten 33 % keinen Vater mehr, bei 34 % waren die Eltern trunksüchtig, bei einer großen Zahl waren die Eltern bestraft oder hatten schlechte Neigungen, etwa 90 % stammten aus den allerärmsten Verhältnissen. Interessant für die sozialen Eigenschaften ist folgende Zusammenstellung: von 7363 Zöglingen waren 2163 bestraft, 3756 hatten schlechte Neigungen, 721 geistige Fehler, 1682 körperliche Fehler, 795 schulentlassene waren Bettler oder Vagabonden, 923 Prostituierte, 137 litten an erworbener Syphilis, 9 an ererbter Syphilis, 3353 hatten keine elterliche Pflege, 1017 waren uneheliche Kinder. *Seiffert* sagt, daß außer den etwa 10 % wirklich geistig Gestörten und den 30 % geistig Minderwertigen namentlich die etwa 30 % im Milieu Verkümmerten, Verwahrlosten eine besondere Bedeutung beanspruchen. Die Mithilfe des Psychiaters muß reichlich vorhanden sein.

Klumker (34) tritt neuerdings für die von ihm mehrfach vertretene Anstalt zur Beobachtung gefährdeter und verwahrloster Kinder ein. Es handelt sich um Anstalten nach dänischem Muster, auch an die in Hamburg verwirklichten Dinge anlehnend. In der Nähe Frankfurts ist bekanntlich (Steinmühle) der Versuch einer derartigen Anstalt in bescheidenem Umfang gemacht worden.

---

2. Funktionelle Psychosen.

Ref.: Umpfenbach-Bonn.

1. *Adler, Hermann M.*, Some affects of overfeeding with fats in certain cases of insanity. Boston med. a. surg. Journ. 163, p. 225.
2. *Alford, L. B.*, Ten obscure cases of mental disease. Boston med. a. surg. Journ. 163, p. 182.
3. *Allers, Rudolf* (München), Tatsachen und Probleme der Stoffwechselpathologie in ihrer Bedeutung für die Psychiatrie




Grund neuerer Arbeiten (Fortsetzung und Schluß). Journ. f. Psychol. u. Neurol. 16, S. 157 u. 241. (S. 156*.)

4. *D'Alonnes, B.*, La psychose périodique. II. La mélancolie. Journ. de psychol. normale et pathol. no. 7 p. 14.
5. *Anton, G.* (Halle), Über Geistes- und Nervenkrankheiten in der Schwangerschaft, im Wochenbett und in der Säuglingszeit. (Abdruck aus dem Handbuch der Gynäkologie, herausgeg. von J. Veit, Bd. 5.) Wiesbaden, Verlag von J. F. Bergmann. 72 S.
6. *Arnaud* et *Sollier*, Un cas de délire maniaque de longue durée chez un toxicomane à intoxications multiples. Sitzungsber. Annal. méd.-psychol. Année 68 p. 465.
7. *Arsimoles, L.*, Troubles mentaux dans les maladies du cœur. L'Écho méd. du Nord no. 17, avril.
8. *Aubry, E.*, Psychoses de l'enfance à forme de démence précoce (Dementia praecocissima). L'Encéphale 5, p. 272.
9. *Austregesilo, A.*, Über Infektionspsychosen in den Tropenländern. Arch. f. Schiffs- u. Tropenhygiene Bd. 14, S. 265.
10. *Baccelli* (Brescia), Tic aerofagico e Demenza precoce. Riv. it. di Neurop., Psich. e Elettroterap. vol. 2, fasc. 7.
11. *Barbé, A.*, et *R. Benon*, Psychose systematisé hallucinatoire chronique sans symptômes démentiels. Sitzungsber. Annal. méd.-psychol. Année 68, p. 464.
12. *Barbé, A.*, et *R. Benon*, Chronisches systematisiertes halluzinatorisches Delirium ohne Demenz. Sitzungsber. Neurol. Zentralbl. 29, S. 954.
13. *Barbè, A.*, et *R. Benon*, Délire systématisé hallucinatoire chronique sans démence. L'Encéphale vol. 3, p. 733.
14. *Bajenoff* (Moskau), Les cyclothymies. Arch. de Neurologie vol. 11, p. 296.
15. *Beaussart, P.*, Presbyophrénie et psychopolynévrite chronique. Arch. internat. de Neurol. vol. 32, p. 114.
16. *v. Bechterew, W.* (Petersburg), Über das manisch-melancholische Irresein. Zur Frage der Beziehung zwischen manischen und melancholischen Zuständen. Mtschr. f. Psych. u. Neurol. Bd. 28, S. 192. (S. 146*.)



17. *Becker*, *Theophil*, Pseudologia phantastica und Simulation. Klin. f. psych. u. nerv. Krkh. (Sommer) Bd. 4, S. 241.
18. *Bedford*, *Pierce*, On the diagnosis in states of depression. Brit. med. Journ. 4. June.
19. *Bellini*, *Giulio*, Caso di follia gemellare. Annal. di freniat. e scienze affini vol. 19, fasc. 4.
20. *Benigni* (Bergamo), Delirio sensoriale acuto e meningismo. Giorn. di Psich. clin. e tecn. manic. vol. 36, fasc. 3/4.
21. *Benon*, Délire d'interprétation et contagion mental. Journ. de psychol. normale et pathol. vol. 7, p. 133. (S. 149*.)
22. *Berliner*, *K.* (Gießen), Zur Begutachtung paranoischer Zustände nach Unfällen. Klin. f. psych. u. nerv. Krkh. (Sommer). Halle a. S. Carl Marhold. Bd. 5, S. 224.
23. *Bernstein*, *A. N.*, Versuch einer Behandlung der depressiven Zustände zirkulären Charakters mit kohlensauren Bädern. Sowremennaja Psychiatria 1910, H. 8. (S. 146*.)
24. *Berze*, *Josef* (Wien-Steinhof), Die hereditären Beziehungen der Dementia praecox. Leipzig u. Wien, Franz Deuticke. 158 S. (S. 151*.)
25. *De Beurmann* et *Gougerot*, Les troubles mentaux dans la lèpre, l'état psychique habituel des lépreux. Nouv. Iconogr. de la Salpêtrière tome 23, p. 219.
26. *Beyer*, *W.* (Magdeburg), Grenzen der Leistungsfähigkeit der Kobragiftmethode. Deutsche med. Wschr. Bd. 36, S. 667.
27. *Bickel*, *Heinrich* (Bonn), Zur Anatomie und Ätiologie der Dementia praecox. Mtschr. f. Psych. u. Neurol. Bd. 28, S. 189. (S. 152*.)
28. *Birnbaum*, *Karl* (Buch-Berlin), Zur Frage der psychogenen Krankheitsformen. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 1, S. 27.
29. *Bleuler*, *E.* (Burghölzli), Zur Theorie des schizophrenen Negativismus. Psych.-neurol. Wschr. Bd. 12, S. 171, 184, 195.
30. *Bleuler*, *E.* (Burghölzli), Das Faxensyndrom. Psychiat.-neurol. Wschr. Bd. 12, S. 375.
31. *Bloch*, *Ernst* (Kattowitz), Über psychische Symptome bei multipler Sklerose des Gehirns und Rückenmarks. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 2, S. 683. (S. 156*.)

32. *Blondel, C.*, Paranoia et hallucinations. Sitzungsber. Ann. méd.-psychol. vol. 68, p. 120.

33. *Blondel, C.*, et *P. Camus*, Le délire des Gouvernantes. Journ. de psychol. normale et pathol. no. 7, p. 32. (S. 149*.)

34. *Bonhoeffer, K.* (Breslau), Die symptomatischen Psychosen im Gefolge von akuten Infektionen und inneren Erkrankungen. Leipzig u. Wien, Franz Deuticke. 139 S. (S. 156*.)

35. *Borchers, Heinrich*, Ein Beitrag zur Lehre vom induzierten Irresein. Inaug.-Diss. Kiel.

36. *Bornstein, A.*, u. *v. Oven* (Göttingen), Untersuchungen über die Atmung der Geisteskranken. III. Teil. Weitere Beobachtungen über den Energieumsatz der Hebephrenen. Mtschr. f. Psych. u. Neurol. Bd. 27, S. 214.

37. *Bossi, C. M.* (Genua), Religiöser Wahn und gynäkologische Gründe. Gynäkol. Rundschau Bd. 4, Nr. 15.

38. *Bouchaud*, Modifications dans les attitudes des extrémités dans les psychoses. Mains de prédicateur et hypertension des orteils chez un dément précoce catatonique. Revue neurol. No. 19, p. 333.

39. *Boudon* et *Caraven*, Ein Fall von Mythomanie. Doppelseitige Trepanation wegen simulierter meningitischer Erscheinungen. Sitzungsber. Neurol. Zentralbl. Bd. 29, S. 335.

40. *Bresowsky, M.* (Dorpat), Über die Beziehungen der Paranoia acuta hallucinatoria (Westphal) zur Amentia (Meynert). Mtschr. f. Psychiat. u. Neurol. Bd. 27, S. 322, 461, 530 und Bd. 28, S. 46, 134. (S. 149*.)

41. *Briand* et *Brissot*, Obsessions, phobies et idées hypocondriaques chez une fillette de dix ans. Sitzungsber. Ann. méd.-psychol. Année 68, p. 458.

42. *Briand* et *Vigouroux*, Psychose familiale. Sitzungsber. Bull. de la soc. clin. de méd. ment. tome 3, p. 68.

43. *Briand* et *Vigouroux*, Trois cas de psychose familiale. Sitzungsber. Ann. méd.-psychol. tome 68, p. 112.

44. *Brill, A. A.*, The anxiety neuroses. Journ. of abnorm. Psychol. vol. 5, p. 57.

45. *Brissot, Maurice*, L'aphasie dans ses rapports avec la démence et des vésanies. Thèse. Paris.



46. *Bruce, Lewis C.* (Murthly), The Deviation of Complement in the Mental Diseases Known as Mania. The Journ. of ment. Science vol. 56, p. 630.

47. *Brunet* et *Calmettes*, Un cas de psychose post-grippale sans confusion mentale. L'Encéphale tome 5, p. 2.

48. *Bumke, P.* (Freiburg), Über die Pupillenstörungen bei der Dementia praecox. Münch. med. Wschr. Bd. 57, S. 2688. (S. 157*.)

49. *Charpentier, René*, Ein Fall von periodischer Psychose bei einem Schwachsinnigen. Neurol. Zentralbl. Bd. 29, S. 333.

50. *Chaslin* et *Gollin*, Fixe Ideen von Größenwahn als Folge von Traumdelirien mit Tendenz zu Systematisation. Sitzungsber. Neurol. Zentralbl. Bd. 29, S. 335.

51. *Chavigny*, Un quérulant dans le milieu militaire. Précocité et fréquence de ses réactions. L'Encéphale tome 5, p. 438.

52. *de Clérambault, G.*, Syndrome épileptiforme avec mort. Délire hallucinatoire aigue. Excitations diverses. Arch. internat. de Neurol. tome 7, p. 315.

53. *de Clérambault, G.*, Phobie chez une persécutée. Sentiments obsédiants et opération antérieurement. Bull. de la soc. clin. de méd. ment. tome 3, p. 27.

54. *Comberg, Paul*, Über Psychosen bei Hydrocephalus. Inaug.-Diss. Gießen.

55. *Condomine, A.* (Paris), Psychose périodique à forme délirante. Rev. de Psych. Bd. 14, S. 89.

56. *de Cordova, A.* (Habana), Dificultad del diagnostico diferencial entre la demencia precoz y la locura maniaco-depressiva. Revista frénopática Española Num. 96, p. 362.

57. *Cornell, Wm. Burgess* (Towson), A Study of the auto- and somatopsychic. reaction in 4 cases of dementia praecox. Amer. Journ. of insan. vol. 66, p. 529.

58. *Cortesi, Tancredi* (Venedig), Contributo allo studio degli stati terminali della demenza precoce. Studio clinico e psicologico. Giorn. di Psichiatria clin. e tecn. manicom. vol. 37, fasc. 4, 1909.

59. *Cortesi, Tancredi* (Venedig), Stati terminali della demenza precoce. Ferrara, Tipogr. Ferrar. 75 S. (S. 152*.)



60. *Courbon, T.*, Le traitement de l'agitation par le bercement. L'Encéphale no. 10.

61. *Csordás, E.*, Halluzinatorische Geistesstörung eines fünfjährigen Kindes. Orvosok Lapja tome 21, p. 659.

62. *Da Costa, John Chalmers*, The diagnosis of postoperative insanity. Surg., Gyn. a. Osbt. vol. 11, p. 577.

63. *Damaye, H.* (Bailleul), Confusion mentale avec délire de persécution. Autopsie. Arch. internat. de Neurol. tome 32, p. 15.

64. *Damaye, H.* (Bailleul), États mélancoliques avec idées de persécution. Origine tuberculeuse, autopsie. Rev. de Psych. tome 14, p. 226.

65. *Damaye, H.* (Bailleul), La confusion mentale, la démence et les psychoses toxiques. Echo méd. du Nord tome 13, p. 48.

66. *Damaye, H.* (Bailleul), Manie pure et manie confusionelle. Revue de psych. tome 14, p. 354.

67. *Damaye, H.*, et *Maurice Laydeker* (Bailleul), Manie confusionelle aigue par métrite du col. Echo méd. du Nord. tome 14, p. 35.

68. *Damaye, H.*, et *André Mézie*, États mentaux aigus traités par le collargol. Revue de Thérapeut. tome 77, p. 114. (S. 157*.)

69. *Degener, Karl*, Über diabetische Psychosen mit besonderer Berücksichtigung der halluzinatorischen Anfälle. Inaug.-Diss. Kiel.

70. *Delmas, M.*, Un cas de psychasthénie délirante. L'Encéphale tome 5, p. 340.

71. *Deny, G.*, et *M. Blondel*, Débilité ment. et délire d'interprétation. Journ. de psychol. normale et pathol. tome 7, p. 450.

72. *Deny* et *Logre*, Melancholische Angstzustände und halluzinatorische Zwangsideen. Sitzungsber. Neurol. Zentralbl. Bd. 29, S. 623.

73. *Dény* et *Pélissier* Geistige Schwäche und Cyclothymie. Sitzungsbericht Neurol. Zentralbl. Bd. 29, S. 333.

74. *Diller, Theodore*, and *George J. Wright*, The differential diagnosis between hysterical insanity and dementia praecox. Amer. journ. of insan. vol. 66, p. 253.

75. *Döblin, A.* (Berlin), Zur Wahnbildung im Senium. Arch. f. Psych. u. Nervenkrkh. Bd. 46, S. 1043.

76. *Drastich* (Wien), Dementia praecox im Militärdienst. Wien. med. Wschr. S. 113.



77. *Dreyfus*, *Georges L.* (Berlin-Wilmersdorf), Kritische Bemerkungen zu M. Ursteins Buch: „Die Dementia praecox und ihre Stellung zum manisch-depressiven Irresein.“ Zentralbl. f. Nervenheilk. u. Psych. Bd. 33, S. 9.

78. *Dubois*, *Paul* (Bern), Die Psychoneurose und ihre seelische Behandlung. 2. Auflage. Bern, Verlag von A. Francke. 484 S.

79. *Dubois*, *Paul* (Bern), Psychasthenie und Aberglauben. Sitzungsbericht Neurol. Zentralbl. Bd. 29, S. 729.

80. *Dück* (Innsbruck), Beitrag zur Schrift der Querulanten. Graphologische Monatshefte Bd. 10.

81. *Ducosté*, *M.* (Alençon), Délire à base d'interprétations délirantes chez un dément paranoide. Rev. de Psych. tome 14, p. 234.

82. *Dunton*, *William Rush*, The cyclic forms of dementia praecox. Americ. journ. of insan. vol. 67, p. 465.

83. *Dunzelt* (Dresden), Muchsche Psychoreaktion. Sitzungsber. Deutsche med. Wschr. Bd. 36, S. 530.

84. *Dupré* et *Gelma*, Symptôme de Ganser chez un hébéphrénique. Sitzungsber. Annal. méd.-psychol. Année 68, p. 489.

85. *Dupré*, *E.*, et *E. Gelma*, Symptôme de Ganser chez un hébéphrénique. Pariser Psych. Gesellsch. L'Encéphale tome 5, p. 456.

86. *Dupré*, *E.*, et *Pierre Kahn*, Manie intermittente et paranoia quérulante. Sitzungsber. Annal. méd.-psychol. Année 68, p. 489.

87. *Dupré*, *E.*, et *P. Kahn*, Manie intermittente et paranoia quérulante. L'Encéphale tome 5, p. 461.

88. *Dupré*, *E.*, et *J. Farrius*, Excitation maniaque et puérilisme. Sitzungsber. Annal. méd.-psychol. Année 68, p. 468.

89. *Ebel*, *Walter*, Menièresche Krankheit und Neuropsychose. Inaug.-Diss. Kiel.

90. *Ebeling*, *Bruno*, Beitrag zu der Lehre von den Psychosen bei Taubstummen. Inaug.-Diss. Kiel.

91. *Ehrenberg*, *R.*, Über alimentäre Glykosurie bei Psychosen. Inaug.-Diss. Göttingen.

92. *Elmiger* (St. Urban-Luzern), Beiträge zum Irresein bei Zwillingen. Psych.-Neurol. Wschr. Bd. 12, S. 78 u. 85. (S. 157*.)

93. *Elpermann*, *Heinrich*, Kasuistischer Beitrag zur Lehre von den Menstrualpsychosen. Inaug.-Diss. Kiel.



94. *Eschle, F. C.* (Sinsheim), Symptomenbilder des Irreseins als Typen der psychischen Konstitution. Ztschr. f. Psychother. u. med. Psychol. Bd. 2, S. 245 u. 362. (S. 158*.)

95. *Etchepare, B.* (Montevideo), Folie familiale, délire d'interprétation antilogique. Annal. méd.-psychol. Année 68, p. 5.

96. *Fauser, A.* (Stuttgart), Über die sog. Psychoreaktion und einige andere damit zusammenhängende serologische Reaktionen. Med. Korr.-Bl. d. Württ. Landes Bd. 80, S. 156.

97. *Fauser, A.* (Stuttgart), Die sog. Psychoreaktion und einige andere damit zusammenhängende serologische Reaktionen. Sitzungsbericht. Deutsche med. Wschr. Bd. 36, S. 1013.

98. *Féret, A.*, Étude clinique des troubles mentaux dans le syndrome de Korsakoff. Thèse. Paris.

99. *Fillassier*, Dégénérescence mentale avec obsessions, impulsions au vol, tendance au suicide. Sitzungsber. Annal. méd.-psychol. tome 68, p. 454.

100. *Fillassier*, Dégénérescence mentale avec alcoolisme, mélancolie, tendances au suicide, à l'homicide sous l'empire d'idées délirantes. Bull. de la soc. clin. de méd. ment. tome 3, p. 171.

101. *Fischer, O.* (Prag), Die Klinik und pathologische Anatomie der Presbyophrenie. Sitzungsber. Neurol. Zentralbl. Bd. 29, S. 1221.

102. *Foelsche, Robert*, Über das direkte primäre traumatische Irresein (Kommotionspsychose). Mit einem kasuistischen Beitrag. Inaug.-Diss. Kiel.

103. *Fornaca, Giacinto*, Cinque casi di mericismo in alienate. Ric. di chim. fisiol. (con due tracciati). Perugia. 23 p.

104. *Forster, Edmund* (Berlin), Die klinische Stellung der Angstpsychose. Berlin, Verlag von S. Karger 260 S. (S. 158*.)

105. *Friedländer, Adolf* (Hohe Mark), Psychoneurose und Diabetes insipidus. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 3, S. 581.

106. *Fröhlich, Paul*, Spätzustände des manisch-depressiven Irreseins. Inaug.-Diss. Tübingen.

107. *Frost, Henry*, Neurasthenic and psychasthenic psychoses. Americ. journ. of insan. vol. 66, p. 259.

108. *Frotscher, R. A.*, und *Werner Becker* (Weilmünster). Sauerstoffbäder in der Irrenpflege. Allgem. Ztschr. f. Psych. Bd. 67, S. 19.



109. *Funkhouser, E. B.*, Scarlet Fever as an etiological factor in the psychoses. Americ. journ. of insan. vol. 66, p. 623.

110. *Gardi, Italo* et *Francesco Prigione*, Il siero di sangue dei malati di mente investigato col metodo biologico. Riv. sperim. di fren. vol. 36, p. 266.

111. *Garniecki, F.*, Démence précoce et Syphilis. Arch. internat. de neurol. tome 7, p. 305.

112. *Gaupp, Robert* (Tübingen), Über paranoische Veranlagung und abortive Paranoia. Sitzungsber. Zentralbl. f. Nervenheilk. u. Psych. Bd. 33, S. 65.

113. *Geißler, Walter* (Köln), Eine Eiweißreaktion im Blute Geisteskranker. Münchn. med. Wschr. Bd. 57, S. 785. (S. 159*.)

114. *Ghys, A. van der*, Des idées obsédiantes (phobies, obsessions, trac des artistes) et leur traitement. Journ. de neurol. belg. tome 8, p. 141 u. 170.

115. *Goldstein, Kurt* (Königsberg), Zur pathologischen Anatomie der Dementia praecox. Arch. f. Psych. u. Nervenkrkh. Bd. 46, S. 1062.

116. *Goodhart, S. P.*, The recognition of dementia praecox. New York med. Record vol. 77, p. 874.

117. *Gräter, Carl*, Dementia praecox mit Alcoholismus chronicus. Eine klinische Studie über Demenz und chronisch-paranoide Psychosen scheinbar alkoholischer Natur. Leipzig, Joh. Ambr. Barth. 1909. 196 S.

118. *Grünbaum* (Greifswald), Zweimalige gleichzeitige psychische Erkrankung zweier Schwestern. Sitzungsber. Deutsche med. Wschr. Bd. 36, S. 780.

119. *Gutmann, A. G.*, Der Charakter der Assoziationen bei manisch-depressiver Psychose. Obosrenje (Revue) Psychiatrii 1910, H. 1 (russisch). (S. 146*.)

120. *Halberstadt, G.*, La presbyophrénie de Wernicke. Progrès méd. 32.

121. *Halberstadt, G.*, Stéréotypies dans un cas de stupeur maniaque. L'Encéphale tome 6, p. 672.

122. *Halberstadt, G.*, Phénomènes hystériformes au debut de la démence précoce. Rev. neurol. tome 15, p. 2.

123. *Halberstadt, G.*, Sur un état mixte pseudo-circulaire. L'Encéphale vol. 5, p. 452.



124. *Hamel*, Contribution à l'étude du syndrome confusionel, considéré comme premier stade de la démence précoce. Evolution de ces états sur un terrain diathétique particulier. Essai de traitement. Journ. de Neurol. (belg.) tome 20, fasc. 1 et 2.

125. *Hamilton*, *W.* (Utica N. Y.), Revue of infective-exhaustive Psychoses with special Reference to Subdivision and Prognosis. The americ. journ. of insan. vol. 66, p. 579.

126. *Hansen*, *Matthias*, Zur Lehre der Katatonie mit Stupor. Inaug.-Diss. Kiel.

127. *Hasche-Klünder*, *A. H.* (Hamburg), Können Zwangsvorstellungen in Wahnvorstellungen übergehen? Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiat. Origin. 1, S. 31.

128. *Haslebacher*, *Joh. Ad.*, Psychoneurose und Psychoanalyse. Korr.-Bl. f. Schweiz. Ärzte Bd. 40, Nr. 7.

129. *Heggi*, *M.*, *M. Sziget*, Dementia praecox. Sitzungsber. Mtschr. f. Psych. u. Neurol. Bd. 27, S. 82.

130. *Heilbronner*, *Carl*, Über autonome Verstimmungen. Leipzig. Benno Konegen.

131. *Heilemann*, *Hugo* (Bunzlau), Blutuntersuchungen bei Dementia praecox. Allgem. Ztschr. f. Psych. Bd. 67, S. 414.

132. *Heinsius*, *Georg*, Klinische Beiträge zur forensischen Bedeutung der Dementia praecox. Inaug.-Diss. Erlangen.

133. *Henkys*, *E.*, Jugendirresein eines Negers. Inaug.-Diss. Göttingen.

134. *Herrero* (Madrid), La conciencia en la Paranoia persecutoria. Arch. Españ. de Neurol., Psiquiatrie y Fisioterapia vol. 1, p. 83.

135. *Hesnard*, *A.*, Sur un cas de confusion mentale aiguë typique au cours d'une chorée de Sydenham. L'Encéphale tome 5, p. 2 und 212.

136. *v. Heuss*, *Heinrich*, Zwangsvorstellung in der Pubertät unter besonderer Berücksichtigung mittelalterlicher Verhältnisse. Inaug.-Diss. Berlin.

137. *Hoche*, *Alfred* (Freiburg), Die Melancholiefrage. Sitzungsber. Allgem. Ztschr. f. Psych. Bd. 67, S. 307.

138. *Hoche*, *Alfred* (Freiburg), Die Melancholiefrage. Referat, erstattet auf der 40. Versammlung der südwestdeutschen Irrenärzte in Heilbronn am 6. November 1909. Leipzig, Joh. Ambr. Barth. 14 S. (S. 149*.)



139. *d'Hollander, F.*, Syndrome de Ganser et délire d'interprétation. L'Encéphale 1909, no. 10.

140. *Hornor, Alfred*, Incidence of heart disease in acute psychoses. Boston med. a. surg. journ. vol. 163, p. 200.

141. *Horstmann* (Treptow a. R.), Über den psychologischen Zusammenhang von Fanatismus — Aberglauben — Wahnvorstellung. Sitzungsber. Allg. Ztschr. f. Psychiatrie. Bd. 67, S. 359.

142. *Horstmann* (Treptow a. R.), Fanatismus — Aberglaube — Wahnvorstellung. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiat. Bd. 1, S. 216.

143. *Horwitz, Alfred*, Über den Korsakowschen Symptomenkomplex mit seinen Beziehungen zur Polyneuritis und anderweitigen ätiologischen Grundlagen. Inaug.-Diss. Kiel.

144. *Howard, Kelly*, Post-operative psychoses. Surg., Gyn. and obstet. vol. 9, p. 515.

145. *Hughes, C. K.*, The homicidal and suicidal fulminations in depressive neurasthenia. The alienist and neurologist vol. 31, p. 388.

146. *Janet, Pierre*, Systematisiertes Delirium infolge von Spiritismus. Sitzungsber. Neurol. Zentralbl. Bd. 29, S. 335.

147. *Jaspers, Carl* (Heidelberg), Eifersuchtswahn. Ein Beitrag zur Frage: „Entwickelung einer Persönlichkeit" oder „Prozeß"? Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Original. 1, S. 567.

148. *Jelgersma, G.*, Formen von Demenz. Ned. Tijdschr. voor Geneesk. no. 54, S. 908.

149. *Jelgersma, G.*, Twee gevallen van paranoia. Nederl. Weekbl. 2, S. 22.

150. *Jelgersma, G.*, Een geval van manisch-depressive psychose. Nederl. Weekbl. 2, S. 24.

151. *Jelliffe, Smyth Ely* (New York), Dementia praecox. An historical summary. New York u. Philad. med. journ. vol. 91, p. 521. (S. 153*.)

152. *John, Karl*, Hypomanie und Querulantenwahn. Inaug.-Diss. Tübingen.

153. *John, Karl*, Hypomanie und Querulantenwahn. Vjahrschr. f. gerichtl. Med. 3. Flg. Bd. 39, S. 58.

154. *Jonas, Robert* (London), Geistesstörungen und die Entwicklung der geistigen Vorgänge. Lancet 1910. Nr. 4530.

155. *Jones*, *Ernest*, Psycho-analytic notes on a case of hypomania. Americ. journ. of insan. vol. 66, p. 203.

156. *Jones*, *R.*, and *Pearson*, *W.*, Dementia praecox bei Lepra. Lancet, September.

157. *Judin*, *T.*, Partielle Thyreoidektomie bei Dementia praecox. Sowremennaja psychiatria 4, S. 149. (S. 153*.)

158. *Jurmann*, *N.*, Ein Fall von Psychose infolge von Vergiftung durch Kloakengase. Russisch. Anst. 9, S. 556.

159. *Juschtchenko*, *A.*, Untersuchungen über Autointoxikationserscheinungen bei Geisteskranken und Tieren mit zerstörter Funktion der Schilddrüse. Obosrenje psychiatrii 1910, H. 2 (S. 153*.)

160. *Kahn*, *Pierre* (Paris), La Cyclothymie. Progrès méd. no. 2.

161. *Kahn*, *Pierre* (Paris), La Cyclothymie. De la constitution cyclothymique et de ses manifestations. (Depression et excitation intermittentes.) Paris 1909. Steinheil éditeur. 252 S.

162. *Kanavel*, *Allen B.*, and *Lewis J. Pollock* (Chicago), Partial thyroidectomy for catatonic dementia praecox. Americ. journ. of insanity, vol. 66, p. 437. (S. 153*.)

163. *Kanavel*, *Allen B.*, *Lewis J. Pollock* and *Arthur B. Eustace* (Chicago), A preliminary report on the advisability of thyroidectomy in catatonic dementia praecox. Illinois med. journ. September 1909.

164. *Kantarovitsch*, *Samuel*, Über die Abzweigung der chronischen Paranoia. Inaug.-Diss. Freiburg 1909.

165. *Kauffmann*, *Max* (Halle a. S.), Beiträge zur Pathologie des Stoffwechsels bei Psychosen. Dritter Teil. Funktionelle Psychosen. (Aus der Universitäts-Nervenklinik in Halle a. S.) Jena, Gustav Fischer. 238 S. (S. 159*.)

166. *Kern*, *O.* (Kennenburg), Über das Vorkommen des paranoischen Symptomenkomplexes bei progressiver Paralyse. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 4, S. 12.

167. *van der Kolk*, *J.*, Ein paar Fälle von umschrieben bleibendem Beziehungswahn (zirkumskripte Autopsychose Wernicke) auf hysterischem Boden. Psychiatr. en Neurol. Bladen vol. 14, S. 202.

168. *Krause*, *Karl* (Berlin), Über katatonische Symptome bei Dementia



praecox-Kranken mit besonderer Berücksichtigung militär-forensischer Fälle. Deutsche militärärztl. Ztschr. Bd. 39, S. 169.

169. *Kutner*, *R.* (Breslau), Über katatonische Zustandsbilder bei Degenerierten. Allgem. Zeitschr. f. Psych. Bd. 67, S. 363.

170. *Kutzinski*, *A.* (Berlin), Fall von Wahnvorstellungen der Verjüngung. Sitzungsber. Neurol. Zentralbl. Bd. 29, S. 399.

171. *Kutzinski*, *A.* (Berlin), Über Verjüngungswahn. Charité-Annal. Bd. 34, p. 291.

172. *Laffont*, *P.*, La situation clinique de la mélancholie anxieuse. Thèse. Paris.

173. *Lagriffe*, *Lucien*, Un délire d'interprétation dans l'histoire. Maria-Stella Chiappini, Lady Newborough, Barone Sternberg. Annal. méd.-psychol. Année 68, p. 213.

174. *Landau*, *L.*, Über Paranoiazustände bei geisteskranken Zuchthausgefangenen. Jurjeff 1910.

175. *Lange*, *Bruno*, Sprachstörungen bei der Dementia hebephrenica. Inaug.-Diss. Berlin.

176. *Laurès*, *G.*, Confusion mentale et démence. L'Encéphale vol. 5, p. 423.

177. *Legrain*, Deux guérisons manquées. Bull. de la soc. clin. de méd. mentale vol. 3, p. 273.

178. *Leibowitz*, *Sally* (Stuttgart), Zur Frage des induzierten Irreseins. Arch. f. Psych. u. Neurol. Bd. 47, S. 1163. (S. 150*.)

179. *Leibowitz*, *Sally*, Zur Frage des induzierten Irreseins, nebst einem kasuistischen Beitrag. Inaug.-Diss. Berlin.

180. *Lépine*, *Jean*, Folies périodiques et anaphylaxie cérébrale. Rev. neurol. vol. 18, p. 2 u. 297.

181. *Lépine*, *Jean*, Über Verwirrtheitszustände bei Tuberkulose. Sitzungsber. Mtschr. f. Psychiat. u. Neurol. Bd. 27, S. 156.

182. *Lépine*, *J.*, et *T. Taty*, Tuberculose, démence catatonique, méningoencéphalite. L'Encéphale, tome 5, p. 430.

183. *Leroy*, Un cas de stupeur guéri au bout de deux ans et demi. Bull. de la soc. clin. de méd. ment. vol. 3, p. 276.

184. *Leroy*, Un cas d'hallucination lilliputicane. Sitzungsber. Annal. méd.-psychol. Année 68, p. 116.



185. *Leroy*, Sécrétion lactée permanente depuis la puberté chez une jeune maniaque. Sitzungsber. Annal. méd.-psychol. ann.68, p. 140.

186. *Leroy*. Un cas de catatonie. Sitzungsber. Annal. méd.-psychol. ann. 68, p. 112.

187. *Leroy*, Catatonie chez une femme de 45 ans. Bull. de la soc. clin. de méd. ment. vol. 3, p. 76.

188. *Leroy*, Un cas de simulation. Bull. de la soc. clin. de méd. ment. vol. 3, p. 22.

189. *Levy-Valensi*, *J.*, Spiritisme et folie. L'Encéphale vol. 5, no. 6.

190. *Libert*, *Lucien*, Un cas littéraire de délire d'interprétation. La folie de Don Quichotte. Paris 1909. Steinheil.

191. *Löwy*, *Max* (Marienbad), Beitrag zur Lehre vom Querulantenwahn. Zentralbl. f. Nervenheilk. u. Psych. Bd. 33, S. 81.

192. *Löwy*, *Max* (Marienbad), Über Demenzprozesse und „ihre Begleitpsychosen" nebst Bemerkungen zur Lehre von der Dementia praecox. Jahrb. f. Psychiat. u. Neurolog. 31 S. 328.

193. *Maas*, *Siegfried*, Drei Fälle von krankhaftem Wandertrieb ohne Dämmerzustand im jugendlichen Alter. Inaug.-Diss. Leipzig.

194. *Maeder*, *A.* (Zürich), La langue d'un aliéné. Analyse d'un cas de glossolalie. Arch. de Psychol., mars 1910.

195. *Maeder*, *A.* (Zürich), Psychologische Untersuchungen an Dementia praecox-Kranken. Aus der psych. Univ.-Klinik Zürich. Jahrb. f. psychoanalyt. u. psychopathol. Forsch. Bd. 2, S. 185. (S. 153*.)

197. *Maeder*, *A.* (Zürich), Psychoanalyse bei einer melancholischen Depression. Zentralbl. f. Nervenheilk. u. Psych. Bd. 33, S. 50.

198. *Maere*, La folie processive ou quérulante. Bull. de la soc. de méd. ment. belg. no. 149.

199. *Maillard* (Paris), Über den diagnostischen Wert von Reflexstörungen bei der Dementia praecox; besondere Form des Patellarreflexes in einem solchen Fall. Sitzungsber. Neurol. Zentralbl. Bd. 29, S. 623.

200. *Mairet*, *A.*, et *J. Euzière*, Les invalides moraux. Editeurs: Goutet et fils, Montpellier, Masson et Cie., Paris. 278 S.



201. *Marchand, L.*, u. *G. Petit*, Psychische Verwirrtheit gefolgt von Demenz im Verlaufe einer akuten Meningitis, die 3½ Monate gedauert hat. Sitzungsber. Neurol. Zentralbl. Bd. 29, S. 954.

202. *Marchand, L.*, et *Petit*, Confusion mentale suivie de démence au cours d'une méningite aiguë ayant duré trois mois et dix jours. Prédominance des lésions cérébrales au niveau des parois des ventricules latéraux. Sitzungsber. Annal. méd.-psychol. ann. 68, p. 463.

203. *Martin* et *Ringenbach*, Troubles psychiques dans la maladie du sommeil. L'Encéphale tome 5, no. 6.

204. *Marx, Georg*, Über das Vorkommen und die Bedeutung katatonischer Erscheinungen bei Amentia. Inaug.-Diss. Kiel 1909.

205. *Mazurkiewicz*, Assoziationsstörungen bei Ideenflucht. Przegl. lekarski Nr. 8 u. 9.

206. *Mendez, R. R.*, et *Rodriguez-Morini*, Caso de demencia terminal. Dictamen de incapacidad. Rev. frenopat. español. vol. 8, p. 129.

207. *Méniveul*, Contribution à l'étude des troubles mentaux dans les chorées aiguës. Paris. Dirion éditeur.

208. *Mercier, Charles*, On cases of mental disorder. Lancet, Fevr. 26.

209. *Merklen, Prosper*, Déterminations psychiques à prédominance maniaque au cours d'une méningite cérébro-spinale. Gaz. des hôp. no. 133.

210. *Mestre*, Démence précox. Arch. de psiqu. (Buenos Aires) VIII.

211. *Meyer, A.*, The dynamic interpretation of dementia praecox. Americ. journ. of psychiat. July.

212. *Meyer, E.* (Königsberg), Die Dementia praecox. Berlin. Fischers med. Buchhandlung (H. Kornfeld). 37 S.

213. *Meyer, E.* (Königsberg), Psychische Störungen nach Strangulation. Med. Presse Bd. 6, S. 1482. (S. 160*.)

214. *Meyer, E.* (Königsberg), Beiträge zur Kenntnis des Eifersuchtswahns mit Bemerkungen zur Paranoiafrage. Arch. f. Psych. u. Nervenkrkh. Bd. 46, S. 847. (S. 150*.)

215. *Meyer, E.* (Königsberg), Dementia praecox. Berl. Klin. Bd. 22, H. 265.



216. *Meyer*, *E.* (Königsberg), Pupillenstörungen bei Dementia praecox. Berl. klin. Wschr. Bd. 47, S. 1813. (S. 153*.)

217. *Meyer*, *E.* (Königsberg), Psychische Störungen und Gravidität mit besonderer Berücksichtigung des künstlichen Abortes. Wien. klin.-therap. Wschr. Nr. 1.

218. *Mikulski*, *A.*, Dementia praecox in einem Fall von atypischer Akromegalie. Medycyna 1909, Nr. 31 u. 32.

219. *Mönkemöller*, *O.*, Geschichtlicher Beitrag zur Klinik des primären Schwachsinns (Dementia praecox). Klin. f. psych. u. nerv. Krkh. (Sommer) Bd. 4, S. 223.

220. *Moreira*, *Juliano* (Rio di Janeiro), Geistesstörungen bei Leprakranken. Allgem. Ztschr. f. Psychiatrie. Bd. 67, S. 293.

221. *Morstatt*, *Paul* (Wilhelmsheim), Auffassung und Merkfähigkeit bei Kranken mit Korsakowschem Symptomenkomplex. Wiener klin. Rundschau Nr. 36—40.

222. *Mosher*, *I.*, *M.*, Puerperal Insanity. Albany med. Ann. vol. 31, p. 84.

223. *Mosher*, *I. M.*, The problem of the acute mental case. Albany med. Ann. vol. 31, p. 638.

224. *Mosny*, *E.*, et *L. Barat* (Paris), Psychose aiguë à forme maniaque-depressive et réaction méningée d'origine syphilitique. La Tribune méd. 1910.

225. *Mosny*, *E.*, u. *L. Barat* (Paris), Akute Psychose von manisch-depressiver Form mit syphilitischer Meningenreaktion Sitzungsber. Neurol. Zentralbl. Bd. 29, S. 954.

226. *De la Motle*, *Walther*, Beitrag zur Lehre von den Gefängnispsychosen. Inaug.-Diss. Kiel.

227. *Motti*, *G.*, Demenza precoce o frenosi maniaco-depressiva? Giorn. di psich. clin. e tecn. manicom. vol. 37, fasc. 1 e 2.

228. *La Moure*, *C. T.* (Rochester), The value of systematic teaching in cases of dementia precox. The Alienist and Neurologist vol. 31, p. 404.

229. *Much*, *H. C.* (Hamburg), Psychiatrie und Serologie. Sitzungsber. Allg. Ztschr. f. Psych. Bd. 67, S. 819.

230. *Müller*, *Eduard* (Marburg), Über psychische Störungen bei Polyzythämie. Fol. haemol. Bd. 9, H. 2.

231. *Mugdan*, *F.* (Freiburg), Zirkuläres und alternierendes Irresein. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 1, S. 242. (S. 146*.)

232. *Mugdan, Franz*, Ein Beitrag zur Lehre von den zirkulären Psychosen. Inaug.-Diss. Freiburg.

233. *Mumford, James G.*, Post-operative psychoses. Boston med. a surg. Journ., Dec. 1.

234. *Musgrave, W. E.*, and *A. G. Sison*, Mali-Mali, a mimic psychosis in the Philippine islands. Philipp. Journ. of med. Soc. vol. 5, p. 335.

235. *Nadal*, Automatisme et dédoublement de la personnalité chez un dément précoce. Ann. méd.-psychol. ann. 68, p. 46.

236. *Naudascher, G.*, Trois cas d'hallucinations spéculaires. Sitzungsbericht. Ann. méd.-psychol. ann. 68, p. 284. (S. 160*.)

237. *Neussichin, Moses*, Über das Bumkesche Phänomen bei der Dementia praecox. (Das Fehlen der Pupillenerweiterung auf sensible und psychische Reize.) Inaug.-Diss. Heidelberg.

238. *Neven*, Confusion mentale et mélancolie. Étude clinique. Thèse. Bordeaux.

239. *Nitsche, Paul* (Dresden), Über chronische manische Zustände. Zugleich ein Beitrag zur Lehre von der krankhaften Persönlichkeit. Allg. Ztschr. f. Psych. Bd. 67, S. 36.

240. *Nonne, M.* (Hamburg), Klinische und anatomische Beiträge zur Kasuistik der Geistesstörungen bei multipler Sklerose. Mitt. v. d. Hamburger Staatskrankenanstalten Bd. 9, S. 199.

241. *Nouet, H.*, et *L. Trepsat*, Ulcérations trophiques chez un dément précoce catatonique. Nouv. Iconogr. de la Salpêtr. tome 22, p. 540, 1909.

242. *Nouet, H.*, et *L. Trepsat*. Des contractures et rétractions tendineuses dans la démence précoce catatonique. L'Encéphale tome 5, p. 131.

243. *Nouet, H.*, et *L. Trepsat*, États mixtes de la psychose maniaque-dépressive. La manie coléreuse et ses différentes formes. Journ. de Neurol. belg. 1910, p. 41.

244. *Oeconomakis, Milt.*, Beitrag zur Kenntnis der Malariapsychosen. Griechisches Arch. f. Med. 1910.

245. *Ossipow, W.*, Über politische Psychosen der Revolutionsepochen. Neurol. Bote (russisch) Bd. 17, S. 437.

246. *Ostankoff, P.*, Über manisch-depressives Irresein. Psych. der Gegenwart (russisch) Bd. 4, S. 69.



247. *Packard*, *Frederic*, An analysis of psychoses associated with Graves' disease. Amer. journ. of insan. vol. 66, p. 189, 1909.

248. *Pactet* et *Bourilhet*, Syndrome catatonique chez un homme de 30 ans. Guérison. Bull. de la soc. clin. de méd. ment. tome 3, p. 82.

244. *Pactet* et *Bourilhet*, Confusion mentale et catatonie. Sitzungsber. Ann. méd.-psychol. ann. 68, p. 112.

250. *De Paoli*, *N.*, Paranoia, demenza precoce paranoidea e psicosi paranoide. Contributo clinico. Riv. sperm. di freniatria vol. 36, p. 94.

251. *Parant*, *Victor père* (Toulouse), De la manie simple non récidivante et de la psychose périodique. Ann. méd.-psychol. ann. 68, p. 365. (S. 147*.)

252. *Parhon*, *C.*, et *C. Urechie*, Note sur la formula leucocytaire dans la manie et la mélancolie. L'Encéphale tome 5, p. 2.

253. *Partini*, *E.*, Il sentimento di personalizzazzione e la sua patologia. Le illusioni di personalizzazzione base della paranoia. Ann. di Nevrol. vol. 27, p. 359.

254. *Peixoto*, *Afranio*, et *Ulysse Vianna* (Rio de Janeiro), Le diagnostic de la folie maniaque depressive. Ann. méd.-psych. ann. 68, p. 23.

255. *Pélissier*, *André*, Chorée aiguë et catatonie. Sitzungsber. Ann. méd.-psychol. ann. 68, p. 120.

256. *Pélissier*, *André*, Sur les troubles mentaux dans la chorée (Chorée aiguë et Catatonie). Le progrès méd. tome 29, p. 396.

257. *Petró*, *F.*, Della pazzia analoga o gemellare. Ann. di freniatria e scienze affini vol. 20, p. 142.

258. *Pfersdorff*, *Karl* (Straßburg), Zur Analyse der Stuporzustände. Sitzungsber. Arch. f. Psych. u. Neurol. Bd. 47, S. 972.

259. *Pförtner*, *O.* (Göttingen), Die körperlichen Symptome bei Jugendirresein. Mtschr. f. Psych. u. Neurol. Bd. 28, S. 208. (S. 154*.)

260. *Phillipps*, *George Porter* (London Bethlem), The treatment of Melancholia by the Lactic Acid Bacillus. The Journ. of ment. science vol. 56, p. 422. (S. 149*.)

261. *Pighini*, *G.*, Sur le contenu en cholestérine du liquide céphalo-rachidien dans quelques maladies mentales (paralysie progr., épilepsie, démence précoce). Arch. italian. de Biol. vol. 53 p. 297. (S. 160*.)



262. *Pighini, G.*, and *Giuseppe Statuti* (Reggio Emilia), Metabolism in dementia praecox. Americ. journ. of. insan. vol. 67, p. 299.

263. *Plaskuda, W.* (Lübben i. L.), Über Dementia praecox auf dem Boden der Imbezillität. Allg. Ztschr. f. Psych. Bd. 67, S. 134.

264. *Plönies, W.* (Dresden), Das Vorkommen und die ursächlichen Beziehungen der psychischen Störungen, besonders der Zwangsvorstellungen und Halluzinationen bei Magenkrankheiten sowie der Einfluß dieser Beziehungen auf eine kausale Behandlung, besonders aber auf die Prophylaxis von Geisteskrankheiten. Arch. f. Psych. u. Nervenkr. Bd. 46, S. 1136.

265. *Pötzl, O.* (Wien), Ein Fall von atypischer katatoner Dementia praecox, deren akute Attacken regelmäßig von Blutdrucksteigerungen und starker Albuminurie begleitet sind. Wiener klin. Wschr. Bd. 23, S. 1058.

266. *Pötzl, O.* (Wien), Zur Frage der Hirnschwellung und ihre Beziehungen zur Katatonie. Jahrb. f. Psych. u. Neurol. Bd. 31, S. 244. (S. 154*.)

267. *Pötzl, O.*, *H. Eppinger* u. *C. Hess* (Wien), Über Funktionsprüfungen der vegetativen Nervensysteme bei einigen Gruppen von Psychosen. Wiener klin. Wschr. Nr. 51.

268. *Räbiger, Adalbert* (Kamerun), Geisteskrankheit bei einem Kamerunneger, bedingt durch Porocephaliasis. Arch. f. Schiffs- u. Tropenhyg. Bd. 14, S. 170.

269. *Raecke, Julius* (Kiel), Zur Prognose der Katatonie. Arch. f. Psych. u. Nervenkr. Bd. 47, S. 1. (S. 154*.)

270. *Raether, Max* (Andernach), Mitteilung eines Falles von psychischer Störung nach Fleischvergiftung. Sitzungsber. Allg. Ztschr. f. Psych. Bd. 67, S. 332.

271. *Rautenberg, Hellmut* (Friedrichsberg), Akromegalie u. Psychose. Sitzungsber. Allg. Ztschr. f. Psych. Bd. 67, S. 832.

272. *Raw, Nathan* (Liverpool), A case of acute mania relapsing into unconsciousness lasting seven months. The journ. of ment. science vol. 56, p. 316.

273. *Rehm, Otto* (Dösen), Das manisch-depressive Irresein als Krankheitseinheit. Sitzungsber. Neurol. Zentralbl. Bd. 29, S. 1343.

274. *Rehm, Otto* (Dösen), Der depressive Wahnsinn. Zentralbl. f. Nervenheilk. u. Psych. Bd. 33, S. 41. (S. 160*.)



275. *Reid*, *Eva Charlotte*, Autopsychology of the mania-depressive. Journ. of nerv. a. ment dis. vol. 37, p. 606.

276. *Reiss*, *Eduard*, Konstitutionelle Verstimmung und manisch-depressives Irresein. Inaug.-Diss. Tübingen.

277. *Reiss*, *Eduard* (Tübingen), Konstitutionelle Verstimmung und manisch-depressives Irresein. Klinische Untersuchungen über den Zusammenhang von Veranlagung und Psychose. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Original. 2. S. 327. (S. 147*.).

278. *Reiss*, *Eduard* (Tübingen), Konstitutionelle Verstimmung und manisch-depressives Irresein. Berlin, Springer.

279. *Rémond* (Metz) et *P. Voivenel* (Toulouse), Essai sur la valeur de la conception Kraepelinienne de la manie et de la mélancolie. Enquête et critique. (Anfang.) Annal. méd. psychol. ann. 68. p. 353. (S. 148*.)

280. *Rémond* (Metz) et *Voivenel* (Toulouse), Chorées aigues et troubles psychiques. La Presse médicale tome 13.

281. *Remstedt*, *Heinrich*, Über einen Fall von Amentia oder akutes halluzinatorisches Irresein auf dem Boden geistiger und körperlicher Erschöpfung. Inaug.-Diss. Kiel.

282. *Rezza*, *A.*, e *A. Vedrani*, Tre casi di frenosi maniaco-depressive con accessi a grandi distance. Giorn. di psich. clin. e tecn. manicom. vol. 37, fasc. 1—3, 1909.

283. *Riera*, *J. Gimeno* (Zaragozza), La psicosis maniaco depresiva. 24 p. Extrait de Clinica y Laboratorio. Rivista Mensual de especialidades medicus tome 6, p. 33.

284. *Riera*, *G. y Joaquin Gimeno* (Zaragozza), La psicosis maniaco-depressiva. Rev. frenopatica Españalo vol. 8, p. 88.

285. *Riesmann*, *David*, A case of febrile mania of unusuelly long duration ending in recovery. Univers. of Pennsyl. med. Bull. vol. 23, p. 277.

286. *Ringbom*, *Lars*, Bidrag till differentialdiagnosen mellan dementia praecox och maniskdepressiv psykos. Finska läkaresellsk. handl. 52, p. 447.

287. *Rivière*, *J. A.*, Esquisses cliniques de physiotherapie. Traitement rational des maladies chroniques. Paris. A. Maloine. 400 S.

288. *Robertson*, *George M.* (Edinburgh), Traitment of mental excitement in asylums. The journ. of ment. science vol. 56, p. 700.



289. *Robin*, *Albert*, Les psychoses d'orgine digestive et leur traitenent. Bull. de Thérapie vol. 159, p. 919.

290. *Radionow*, *S. M.*, Zur Frage der Autointoxikationspsychosen bei Erkrankung der Nebenniere. Obosrenje psychiatrii 1910, H. 2. (S. 160*.)

291. *Rodrigo*, *Fronda* (Nocera), Un caso di degenerazione con pervertimenti sessuali. Arch. di Psichiatria vol. 26, no. 1.

292. *Romagna-Manoia*, *A.* (Rom), Contributo al nosografismo delle psicosi catatoniche croniche ad inizio tardivo. Boll. della Società Lancisiana degli Ospedali di Roma vol. 30, p. 1.

293. *Rosenbach*, *P.* (St. Petersburg), Über den nosologischen Wert der Dementia praecox. Psych. d. Gegenwart (russisch) Bd. 4, S. 41.

294. *Rosenbach*, *P.* (St. Petersburg), Ein Fall von Mord aus Verfolgungswahn. H. Grosses Arch. Bd. 36, S. 343.

295. *Roubinowitch*, *P.* (Paris), Sur l'utilisation thérapeutique du liquide céphalo-rachidien en psychiatrie en général et dans le traitement des états anxieux en particulier. Sitzungsber. Annal. méd.-psychol. ann. 68, p. 138.

296. *Roubinowitch*, *P.* (Paris), Surdi-mutité avec mégalomanie. Sitzungsbericht. Annal. méd.-psychol. ann. 68, p. 113.

297. *Roubinowitch*, *P.* (Paris), Ostéo-arthropathie hypertrophiante pneumique chez un persécuté-persécuteur. L'Encéphale ann. 5, p. 450.

298. *Roubinovitch*, *P.* (Paris), Un cas d'ostéo-arthropathie hypertrophiante pneumique chez un persécuté-persécuteur. Sitzungsber. Annal. méd.-psychol. ann. 68, p. 488.

299. *Roubinovitch*, *P.* (Paris), Réaction méningée aseptique courative provoquée chez un mélancolique-persécuté par l'injection arachnoïdienne du liquide céphalo-rachidien stérilisé de cheval. Sitzungsber. Annal. méd.-psychol. ann. 68, p. 467.

300. *Rougé*, *Calixte* (Limoux), Psychoses de la vieillesse. Observations. Annal. méd.-psychol. ann. 68, p. 412. (S. 160*.)

301. *Ruch*, Mélancolie et Psychothérapie. Arch. de psychol. no. 37.

302. *Saathoff*, *L.* (München), Herzkrankheit und Psychose. Münchn. med. Wschr. Bd. 57, S. 504. (S. 160*.)

303. *Salazár*, *Alvxrez* (Valladolid), Las Fobias del Contagio „Patogenia y Tratamiento". Rev. fren. Españ. no. 90.



304. *Salgo* (Budapest), Die Paranoia. Sitzungsber. Mtschr. f. Psych. u. Neurol. Bd. 27, S. 78.

305. *Sante de Santis* (Rom), Quadri clinici di Dementia praecox nell' infanzia e nella fanciullezza. Riv. ital. di Neuropat., Psic. e Ellettroter. vol. 2, p. 3.

306. *Schechtmann*, *Sarrah*, Contribution à l'étude des troubles psychiques dans les chorées chroniques de l'adulte. Thèse. Paris.

307. *Schiese*, *P.*, Ein Beitrag zur Symptomatologie der Inanition bei Katatonie. Inaug.-Diss. Kiel.

308. *Schilling*, *St.*, Kasuistischer Beitrag zur Lehre von den Zwangsvorgängen bei Entarteten. Inaug.-Diss. Tübingen.

309. *Schnyder*, *L.* (Bern), Un cas de dépression psychique intermittente. Revue méd. de la Suisse rom. tome 29, p. 858, 1909.

310. *Schnyder*, *L.* (Bern), Ein Fall von intermittierender psychischer Depression. Sitzungsber. Neurol. Zentralbl. Bd. 29, S. 172.

311. *Schollens*, *J.*, Over simulatie von Krankzinnigkeid en dementia praecox. Geneesk. Tijdsch. voor Nederl. Indie 49, p. 685.

312. *Schroeder*, *J.*, Über gedankenflüchtige Denkhemmung. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Orig. 2, S. 57.

313. *Schultze*, *E.* (Greifswald), Beitrag zur Frage der postoperativen Psychosen. Deutsche Ztschr. f. Chir. Bd. 5, S. 584.

314. *Séglas*, *M. J.*, Délire des persécutions systematique hallucinatoire, évoluant pendant quarante-quatre ans sans démence terminale. Annal. méd.-psychol. ann. 68, p. 92.

315. *Séglas*, *M. J.*, A propos d'un cas de folie intermittente. Quelques remarques sur l'état affectif dans la manie et sur l'épuisement post-maniaque. Sitzungsber. Annal. méd.-psychol. ann. 68, p. 312.

316. *Séglas*, *M. J.*, Un cas de délire d'interprétation: auto-accusation systématique. Annal. méd.-psychol. ann. 68, p. 273.

317. *Seiffert*, *Heinrich*, Zur Lehre von der Pseudologia phantastica. Inaug.-Diss. Heidelberg.

318. *Selter* u. *Hübner* (Bonn), Über die Kobrareaktion. Sitzungsber. Allgem. Ztschr. f. Psych. Bd. 67, S. 330.

319. *Sérieux*, *P.*, et *J. Capgras*, Les interprétateurs filiaux. Une variété de délire d'interprétation. L'Encéphale no. 2 et 4.



320. *Siebert, H.* (Stackeln), Zur Kasuistik der letargo-kataleptischen Zustände. St. Petersburger med. Wschr. Bd. 35, S. 351.

321. *Siebert, H.* (Stackeln), Todesursache und pathologisch-anatomische Befunde bei Geisteskranken. St. Petersb. med. Wschr. Nr. 37.

322. *Simonin* et *R. Benon*, Démence précoce posttraumatique à forme catatonique. Bull. et mém. de la soc. méd. des hôp. de Paris tome 10, p. 408.

323. *Simmonds, Otto*, Der Querulantenwahnsinn, eine Form der Entartung. Inaug.-Diss. Heidelberg.

324. *Sioli, F.* (Galkhausen), Über die A. Westphalschen Pupillenstörungen bei Katatonie und die Pupillenunruhe und sensible Reaktion bei Dementia praecox. Neurol. Zentralbl. Bd. 29, S. 520. (S. 154*.)

325. *Sluka*, Vollkommene Verblödung. Mitteil. d. Gesellsch. f. innere Med. u. Krankenheilk. Bd. 8, S. 246.

326. *Sollier* et *Chartier*, Ausartung von Zwangsideen in Psychosen mit letalem Ausgang. Sitzungsber. Neurol. Zentralbl. Bd. 29, S. 334.

327. *Sommer, Max* (Bendorf), Zur Kenntnis der Spätkatatonie. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Original. 1, S. 523. (S. 155*.)

328. *Soukhanoff, Serge* (Petersburg), Über räsonierende Psychoneurose (Psycho-nevrose raisonante, Logopathie) als nosologische Einheit. Russ. Arzt. Bd. 9, S. 1577.

329. *Soukhanoff, Serge* (Petersburg), Cyclothymie und manisch-depressives Irresein. Praktischer Arzt (russisch) Jahrg. 9.

330. *Southard, E. E.* (Hathorne, Boston, Mass.), A study of the dementia praecox group in the light of certain cases showing anomalies or sleroses in particular brain regions. Americ. journ. of insan. vol. 77, p. 119.

331. *Southard, E. E.* (Hathorne, Boston, Mass.), A study of the dementia praecox group. Boston med. a. surg. journ. vol. 163, p. 159.

332. *Soutzo* (fils) et *P. Dimitresco* (Bukarest), Démence précoce et tuberculose. Annal. méd.-psychol. tome 68, p. 380. (S. 155*.)

333. *Stanley, C. Qu.*, A report of three cases of Korsakows psychosis. Amer. journ. of insan. vol. 66, p. 613.



334. *Steckel*, *Wilhelm* (Wien), Zwangszustände, ihre psychischen Wurzeln und ihre Heilung. Med. Klin. Nr. 5 u. 6.

335. *Steherback*, *Alex.*, Psychomotorische Buchstabenhalluzinationen und andere Erscheinungsformen infolge Reizung der kortikalen Buchstabenzentren bei Jacksonscher Epilepsie. Rev. de méd. no. 10.

336. *Stilling*, *Jakob* (Straßburg), Zur Kenntnis der Einwirkung des Kobragiftes auf die roten Blutkörperchen von Geisteskranken. Sitzungsber. Mtschr. f. Psych. u. Neurol. Bd. 27, S. 89.

337. *Stoddart*, *W. H. B.* (London), A theory of the toxic and exhaustion psychoses. The journ. of ment. science no. 234, p. 418.

338. *Storch*, *Heinrich*, Psychische und nervöse Störungen bei Selbstmordversuch durch Erhängen. Inaug.-Diss. Kiel.

339. *Stransky*, *Erwin* (Wien), Über die Dementia praecox. Streifzüge durch Klinik und Psychopathologie. Wiesbaden. J. F. Bergmann. 46 S.

340. *Stransky*, *Erwin* (Wien), Muskeldystrophie und Psychose. Sitzungsbericht. Neurol. Zentralbl. Bd. 29, S. 1265.

341. *Stransky*, *Erwin* (Wien), Musdeldystrophie und Psychose. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 3, S. 563.

342. *Tamburini* (Rom), Dementia primitiva. Sitzungsber. Mtschr f. Psych. u. Neurol. Bd. 27, S. 157.

343. *Tamburini* (Rom), Demenza primitiva. Riv. sper. di Freniatria vol. 36, fasc. 1 u. 2.

344. *Taubert*, *Fritz* (Lauenburg), Zur Lehre von den periodischen Psychosen, insbesondere Ausgang und Sektionsbefund. Arch. f. Psych. u. Nervenkrkh. Bd. 47, S. 66. (S. 148*.)

345. *Taubert*, *Fritz* (Lauenburg), Über periodische Indikanurie beim manisch-depressiven Irresein. Med. Klin. Bd. 6, S. 100. (S. 148*.)

346. *Tetzner*, *Rudolf* (Leipzig-Stötteritz), Neurasthenia querulatoria durch Unfallgesetz. Neurol. Zentralbl. Bd. 29, S. 235.

347. *Thalbitzer*, *J.* (Aarhaus), Manischer Wahnsinn. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Origin. 1, S. 341. (S. 161*.)

348. *Thomsen*, *R.* (Bonn), Über die praktische Bedeutung des manisch-depressiven Irreseins. Med. Klin. Bd. 6, S. 1767 u. 1808. (S. 149*.)



348a. *Thomson, David* (Epsom), Autosuggestion and Delusional Insanity. The journ. of ment. science vol. 56, p. 311. (S. 161*.)

349. *Tilling, Th.* (Rothenburg-Riga), Über den Schwachsinn. Zentralblatt f. Nervenheilk. u. Psych. Bd. 33, S. 1. (S. 161*.)

350. *Tissot, F.* (Dury), Délire de persécution à base cénesthésiopathique. Annal. méd.-psychol. ann. 68, p. 392.

351. *Tomasini, S.* (Nocera Inferiore), Le demenze originarie (dementia praecox di Kraepelin). Nota 1. Il Manicomio vol. 26, p. 1. (S. 155*.)

352. *Tommasi, C.*, und *E. Colbacchini*, A proposito di un nuovo fenomeno pupillare. Rivist. di patol. nerv. e mentale vol. 15, p. 183. (S. 161*.)

353. *Torell, Richard*, Ein Fall von akuter halluzinatorischer Verwirrtheit nach Pneumonie. Inaug.-Diss. Kiel.

354. *Townsend, Theo* (Dannemora), The Ganser symptome and symptom-complex. Americ. journ. of insan. vol. 66, p. 631.

355. *Trénel, M.*, Note sur la question de la paranoia aiguë. Sitzungsber. Annal. méd.-psychol. ann. 68, p. 446.

356. *Trénel, M.*, Un cas de délire des négations par Cervantès. Le licencié Vidriera. Annal. méd.-psychol. ann. 68, p. 88.

357. *Trömner, Ernst* (Hamburg), Über traumatische (Konkussions-) Psychosen. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Original. Bd. 3, S. 548.

358. *Truelle, V.*, Les troubles menta x dans le Tabes. Annal. méd.-psychol. ann. 68, p. 177.

359. *Truelle, V.*, Deux cas de stupeur. Bull. de la soc. clin. de méd. ment. tome 3, p. 208.

360. *Truelle, V.*, Deux cas de stupeur. Sitzungsber. Annal. méd.-psychol. ann. 68, p. 456.

361. *Truelle* et *Bonhomme*, État obsédiant à forme hallucinatoire. Bull. de la soc. clin. de méd. ment. tome 3, p. 92.

362. *Truelle* et *Bonhomme*, État obsédiant hallucinatoire simulant un délire systématisé. Sitzungsber. Annal. méd.-psychol. ann. 68, p. 114.

363. *Tscharnetzky, F.*, Dementia praecox und Syphilis. Sowremennaja psychiatria 1910, H. 3 u. 4 (russisch). (S. 155*.)

364. *Turella, N.*, Ricerche sulle impronte digitali dei dementi precoci. Annali di fren. e scienze, affini 19, fasc. 4.



365. *Valtorta, D.* (Como), Prodromi di eccitamenti catatonici. Il Manicomio vol. 26, p. 19.

366. *Vigouroux, A.*, Folie maniaque-dépressive et cyclothymie. Clinique, Février.

367. *Vigouroux, A.*, et *G. Naudascher*, Délire de persécution systématisé chez un brightique. Sitzungsber. Annal. méd.-psychol. ann. 68, p. 477.

368. *Vigouroux* et *Trénel*, Deux cas de délire polymorphe chez un frère et une soeur. Bull. de la soc. clin. de méd. ment. tome 3 p. 196.

369. *Vigouroux* et *Trénel*, Les psychoses familiales. Sitzungsber. Annal. méd.-psychol. ann. 68, p. 456.

370. *Vigouroux* et *Truelle*, Psychose familiale. Bull. de la soc. clin. de méd. ment. tome 3, p. 208.

371. *Volpi-Ghirardini, G.* (Udine), Sulla patogenesi della demenza precoce. Contributo clinico. Giorn. di Psich. clin. e tecn. manicom. vol. 35, fasc. 4.

372. *Volpi-Ghirardini, G.* (Udine), Ancora sui rapporti fra melancolia involutiva e psicosi maniaco-depressiva. Riv. sperim. di fren. vol. 36, p. 161.

373. *Volpi-Ghirardini, G.* (Udine), Melancolia involutiva e psicosi maniaco-depressiva. Riv. sperim. di fren. vol. 36, fasc. 1 u. 2.

374. *Volpi-Ghirardini, G.* (Udine), Pigmentazioni anomale in donne affette da demenza precoce. Note e Riv. di psich. vol. 3, no. 3.

375. *Voß, G.* (Greifswald), Zur Frage der Entartung und des Entartungsirreseins. Deutsche med. Wschr. Bd. 36, S. 25. (S. 161*.)

376. *Wada, T.* (Wien), Zur Pathologie der Dementia praecox. Sitzungsber. Wien. klin. Wschr. Bd. 23, S. 493.

377. *Wada, T.* (Wien), Beiträge zur pathologischen Anatomie einiger Psychosen. Arbeiten aus dem Neurol. Institut an der Wien. Univers. Bd. 18, S. 313.

378. *Wagner, C. G.*, Man.-depr. Insanity and Dementia praecox. Med. Record Nr. 2085.

379. *Weber, Paul* (München), Blutdruckmessungen bei Kranken mit manisch-depressivem Irresein und Dementia praecox. Arch. f. Psych. u. Nervenkrkh. Bd. 47, S. 391.



380. *Weiler*, *Carl* (München), Untersuchungen der Pupille und der Irisbewegungen beim Menschen. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Original. 2, S. 101. (S. 161*.)

381. *Weiler*, *Carl* (München), Untersuchung des Kniesehnenreflexes beim Menschen. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Orig. 1, S. 116. (S. 162*.)

382. *Wells*, *F. L.* (Waverley, Mass.), Mental causes in dementia praecox. The psychological Bull. vol. 7, p. 44.

383. *Wells*, *F. L.* (Waverley, Mass.), Vermehrung der eosinophilen Zellen bei Dementia praecox. Journ. of americ. assoc. 22. January.

384. *Wendt*, *E.* (Zschadrass), Einige Versuche mit Veronalnatrium im Vergleich zu der Wirkung von Methylsulfonal und Sulfonal bei erregten Geisteskranken. Therap. Monatsh. November 1910.

385. *Westerbury*, *Wilhelm*, Über die psychischen Störungen bei Eklampsie. Inaug.-Diss. Kiel.

386. *Westphal*, *Al.* (Bonn), Über Pupillenstarre bei Hysterie und Katatonie. Sitzungsber. Allg. Ztschr. f. Psych. Bd. 67, S. 328.

387. *Weyert*, *Martin* (Spandau), Das Trauma als ätiologischer Faktor von Geisteskrankheiten. Ärztl. Sachverst.-Ztg. Bd. 16, S. 25, 50, 69.

388. *Weygandt*, *Wilhelm* (Hamburg), Zur Paranoiafrage. Sitzungsber. Arch. f. Psych. u. Nervenkr. Bd. 47, S. 983.

389. *Wilcox*, *Arthur*, *W.* (Edinburg), Communicated Insanity. The Journ. of Ment. Science vol. 56, p. 480.

390. *Wilmanns*, *Karl* (Heidelberg), Zur klinischen Stellung der Paranoia. Zentralbl. f. Nervenheilk. u. Psych. Bd. 33, S. 204. (S. 151*.)

391. *Wilmanns*, *Kurt*, Statistische Untersuchungen über die Haftpsychose. Inaug.-Diss. Bonn.

392. *Wilmanns*, *Kurt* (Bonn), Statistische Untersuchungen über Haftpsychosen. Allg. Ztschr. f. Psych. Bd. 67, S. 847.

393. *Winslow*, Dementia praecox. Journ. of Amer. Assoc. 1. October.

394. *Wladytschko*, Über den Charakter der Assoziationen bei Patienten mit chronischer primärer Paranoia. Obosr. psich. 1909, Nr. 7—10.







395. *Zingerle, H.* (Graz), Zur pathologischen Anatomie der Dementia praecox. Mtschr. f. Psychiat. Neurol. Bd. 27, S. 285.
396. *Ziveri, A.* (Brescia), Demenza precoce con sindrome basedovoide. Riv. neuropatol. vol. 3, fasc. 11.
397. *Ziveri, A.* (Brescia), Psicosi ansiosa confusa infausta di Wernicke-Kraepelin? Osservazione clinica. Riv. sperim. di Freniatria vol. 34.
398. *Ziveri, A.* (Brescia), Il reperto istopatologico in un caso di Psicosi ansioso-confusa di Wernicke-Kraepelin. Riv. di Patol. nerv. e mentale vol. 15, p. 521.

a) Manisch-depressives Irresein.

Bechterew (16) ist damit einverstanden, daß man die einfache Melancholie und Manie, die periodische Form des einen oder anderen Zustandes, die sog. Folie circulaire oder Folie à double forme und das alternierende Irresein auf dieselbe Krankheitsform als Varietäten bezieht, und daß deshalb auch diese Krankheitform eine gemeinsame Benennung erhält, nämlich manisch-melancholisches Irresein. Manisch-depressiv sei nicht ganz richtig.

Bernstein (23) hat im depressiven Stadium zirkulärer Psychosen kohlensaure Bäder angewandt und in den Fällen, in denen mit der Behandlung bald nach dem Ausbruch der Depression begonnen wurde, guten Erfolg gesehen: die Kranken fühlten sich erträglicher, als in den früheren Anfällen, und die Dauer der Anfälle war kürzer. Im Beginn wurden warme Bäder mit schwachem Kohlensäuregehalt verabreicht, allmählich wurde die Temperatur herabgesetzt und der Kohlensäuregehalt gesteigert. Zuweilen sind auch unerwünschte Wirkungen (Verschlimmerungen, Ausbruch manischer Symptome) beobachtet worden. Der Verfasser führt diese Erscheinungen auf ein zu forziertes Vorgehen bei der Behandlung zurück. Bei der Melancholia agitata sind kohlensaure Bäder nach dem Verfasser nicht angebracht. (*Fleischmann*-Kiew.)

Gutmann (119) stellte eine Reihe von psychologischen Versuchen an manischen und depressiven Kranken nach einem modifizierten Verfahren von *Aschaffenburg* an. Entgegen den in der neueren Literatur vorhandenen Angaben findet *G.*, daß die Ideenfolge im manischen Zustande tatsächlich beschleunigt ist. Eine Ideenflucht ist also wohl vorhanden und wird nicht — wie behauptet wird — von der motorischen Unruhe vorgetäuscht. Wenn manche Autoren entgegengesetzte Resultate erhalten hatten, so lag das daran, daß es den Patienten schwer fällt, sich auf die betreffende Aufgabe zu konzentrieren. Die Assoziationen tragen bei den manischen Kranken einen oberflächlichen Charakter. Im Gegensatz dazu tragen die Assoziationen im depressiven Stadium den Charakter eines inneren Zusammenhanges und zeichnen sich durch langsamen Ablauf aus. (*Fleischmann*-Kiew.)

Mugdan (231) fand unter 950 Affektpsychosen nur 94 mal einen zirkulären Krankheitverlauf, darunter 72,4 % weiblichen, 27,6 % männlichen Geschlechts.



Das zirkuläre Irresein ist im wesentlichen ein nicht auf qualitativen, sondern auf quantitativen Anomalien des psychischen Geschehens beruhende Störung. Das Weib ist in sehr viel höherem Maße durch Stimmunglabilität ausgezeichnet, daher auch das größere Kontingent beim zirkulären Irresein. *M.* fand in etwa 70 % der Fälle erbliche Belastung. Bei keiner der in den Krankengeschichten aufgeführten Verwandtschaftpsychosen läßt sich die Diagnose auf Dementia praecox stellen. Bei mehr als der Hälfte aller Belasteten lag in der Familie eine Affektpsychose vor, also Gleichartigkeit der Vererbung.

M. will die zirkulären Psychosen einteilen in alternierendes Irresein und die eigentliche zirkuläre Psychose. Der erste Typus ist so charakterisiert, daß bei dem betr. Kranken mehreremal im Leben psychische Störungen aufgetreten sind, die, jede für sich betrachtet, das Bild einer reinen Melancholie oder Manie, ohne Beimischung der konträren Symptomenkomplexe, dargeboten haben. 31 % seiner Fälle gehören dahin. Beim eigentlichen zirkulären Irresein treten fast in jedem Anfall sowohl manische wie depressive Phasen auf. Das alternierende Irresein ist eine unter schweren Symptomen verlaufende Psychose mit guter Prognose, das zirkuläre Irresein eine unter leichten Symptomen verlaufende Psychose mit zum mindesten sehr dubiöser Prognose. Sinnestäuschungen und Wahnideen sind bei dem alternierenden Irresein ungleich häufiger. Die Anfälle kehren beim zirkulären Irresein häufiger im Leben wieder als beim alternierenden. Natürlich gibt es auch Übergänge zwischen beiden Typen. *M.* kommt zu dem Schluß, daß im allgemeinen das echte zirkuläre Irresein von Manie und Melancholie simplex et periodica sowie von alternierendem Irresein zu unterscheiden ist, und Anspruch darauf erheben darf, neben diesen als selbständige Psychose behandelt zu werden.

Parant (251) hat alle Fälle von Manie aus seiner 35 jährigen Praxis zusammengestellt, und — nach Abzug der Fälle aus den letzten 10 Jahren — gefunden, daß es bei 39 Fällen (19 m. 20 w.) bei einem einmaligen Anfall von Manie geblieben ist. Manien aus den Jahren 1870–80 sind bisher ohne Rezidive geblieben, soweit *P.* kontrollieren konnte. Er bringt je 5 Fälle, die er bestimmt übersehen kann. Er schließt daraus, daß es auch eine einfache, nicht rezidivierende Manie gibt. Charakteristisch ist für diese Fälle das Fehlen oder doch nur wenig Angedeutetsein einer eigentlichen Euphorie; jedenfalls ist nach *P.* die Euphorie bei der rezidivierenden Manie stärker ausgeprägt. Für die einfache Manie gilt ein langsames Entstehen der Krankheit, ein Inkubationsstadium von einigen Monaten, ebenso ein langsames Ausklingen. Die einfache Manie ist nach *Parant* nicht selten. *P.* spricht von der Möglichkeit, daß in andern Gegenden, z. B. in Großstädten, wie Paris, die rezidivierende Manie häufiger auftritt; die psychischen Krankheiten können je nach Zeit und Ort Variationen zeigen, wie in einzelnen Gegenden, z. B. in der Gegend von Toulouse, die Paralyse fast immer ein melancholisch-hypochondrisches Bild zeigt.

Reiss (277) macht darauf aufmerksam, daß im schwäbischen Volke eine bestimmte, eigenartige Gemütsveranlagung besonders häufig angetroffen wird, Diese Anlage scheint sich auch darin zu äußern, daß die krankhaften Störungen des Gemütslebens ganz bestimmte Formen bevorzugen. Den Stammeseigentümlichkeiten müßte demnach die besondere Gestaltung der Erkrankung zu danken sein.

Es handelt sich also um den Zusammenhang von individuellen Eigenschaften und Rasse auf der einen Seite und den sich auf diesem Boden entwickelnden geistigen Störungen auf der andern Seite. — *R.* hat sich daher die Aufgabe gestellt, zu untersuchen, wie häufig man die depressive Anlage als persönliche und als Familieneigentümlichkeit antrifft, und welche Form die sich auf diesem Boden entwickelnden affektiven Störungen annehmen.

Nach einem Bericht über den heutigen Stand der Frage vom manisch-depressiven Irresein und über die Bedeutung, die man bisher der persönlichen Eigenart für die affektiven Psychosen beigemessen, bringt *Reiss* hier 88 Krankengeschichten. Er beginnt mit konstitutionellen Verstimmungen, dann folgen Depressionen auf konstitutionellem Boden, Depressionszustände von hysterischem Gepräge und zirkuläre Erkrankungen. — Im allgemeinen ist es nach *Reiss* Tatsache, daß bei heiterer Veranlagung die manischen, bei ausgesprochen depressiver die traurigen Verstimmungszustände überwiegen, und daß gerade die ausgesprochenen gemütlichen Veranlagungen besonders zu gleichartigen Psychosen neigen. Die Hereditätsuntersuchungen ergeben nach *Reiss* im allgemeinen eine Tendenz zu gleichartiger Vererbung. Bei der Vererbung krankhafter Gemütsveranlagungen wird in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle nicht nur die allgemeine Disposition, sondern auch die spezielle Form auf die Nachkommenschaft übermittelt. Die Frage, ob das Überwiegen der Depressionszustände bei den Fällen von *Reiss* auf eine besondere Veranlagung des schwäbischen Volksstammes zurückgeführt werden könne, kann *R.* nicht beantworten. Daß die germanische Rasse besonders zu Melancholie und Selbstmord neigt, scheint festzustehen; für die einzelnen deutschen Stämme fehlen noch die nötigen Beobachtungen.

Rémond und *Voivenel* (279) haben eine Enquête veranstaltet, um die Meinung der französischen Psychiater über das manisch-depressive Irresein (*Kraepelin*) zu erfahren. Etwa 20 Antworten sind hier zusammengestellt.

Taubert (345) macht darauf aufmerksam, daß man bei Kranken mit manisch-depressivem Irresein in den manischen Phasen oft den Indoxylgehalt des Harns erheblich vermehrt findet, was während der depressiven Phasen nicht beabachtet wird. Das Indoxyl vermehrt sich unter Umständen entsprechend der psychischen Erregung, so daß es den Anschein hat, als ob die Indoxylurie zentral bedingt sei.

Taubert (344) benutzt in der zweiten Arbeit das Material von Lauenburg, besonders die Fälle, welche zum Tode führten; 6 Fälle teilt er ausführlich mit. Nach *T.* disponiert das manisch-depressive Irresein als eine vermutlich primäre affektive Störung und als eine vorzüglich endogene, auf hereditärer Grundlage beruhende Geisteskrankheit ganz besonders zu periodischem oder zirkulärem Verlauf. Diejenigen Faktoren, die geeignet sind, die in einzelnen Individuen latent vorhandene Veranlagung zum periodischen Verlauf einer Psychose manifest zu machen, spielen auch in der Ätiologie des manisch-depressiven Irreseins eine entscheidende Rolle. Es sind dies insbesondere Schädeltraumen, Herderkrankungen des Gehirns, und in wenigen seltenen Fällen der chronische Alkoholismus. Die ausschließlich durch erbliche Belastung erzeugten Fälle geben, was den Ausgang in Demenz betrifft, eine gute Prognose. In den Fällen, wo eine erworbene Schädlichkeit ätiologisch

in Frage kommt, ist für den Ausgang in Demenz die Prognose um so infauster, je mehr dadurch eine grob anatomische Verletzung des Gehirns geschaffen wird. Außer dem Ausgang in Demenz brauchen sich solche Fälle nicht von dem typischen Bilde des manisch-depressiven Irreseins zu unterscheiden. Periodisch-zirkuläre Psychose und Demenz sind bei dieser Untergruppe von Fällen vermutlich voneinander unabhängige, mehr minder parallel verlaufende Störungen, die ihre gemeinsame Wurzel in der organischen Schädigung des Gehirns besitzen.

Thomsen (347) wendet sich in dem kurzen Überblick über das manisch-depressive Irresein hauptsächlich an den praktischen Arzt bzw. Hausarzt, der ja meist allein in der Lage ist, die ersten Anfänge der Krankheit zu beobachten. Deshalb beschäftigt er sich auch ausführlich mit der Differentialdiagnose.

b) Melancholie.

Hoche (138) veröffentlicht hier das Referat, welches e auf der 40. Versammlung der südwestdeutschen Irrenärzte in Heilbronn am 6. November 1909 erstattet hat.

Phillips (260) hat in Fällen von wirklicher Melancholie mit Verdauungs- bzw. Ernährungsstörungen Versuche mit saurer, geronnener Milch (Kefir und dergl.) gemacht und will gute Erfolge damit erzielt haben. Die Krankheit dauert weniger lange, und die Heilungsresultate waren besser. Statt wie bisher in 46%, will er in 61% der Fälle Heilung erreicht haben. Verf. will darin eine günstige Wirkung des Bacillus acidi lactici sehen.

Ruch (301) berichtet bisher nur über einen Fall von Heilung einer Geistesstörung melancholischen Charakters, der mit zeitweiligen Exazerbationen verlief, durch Psychopathie. Doch zeigte dieser in den vierziger Jahren befindliche Kranke nach 8 Monaten ein leichtes Rezidiv.

c) Paranoia.

Benon (21) berichtet über zwei Schwestern mit Verfolgungs- und Größenideen. Wie so oft in derartigen Fällen war die eine Schwester intellektuell gut entwickelt, die andere schwachsinnig und sehr suggestibel.

Blondel und *Camus*' (33) zwei Krankengeschichten gehören zu dem in Frankreich sogenannten Gouvernantenwahnsinn, einer Krankheitsform, die sich wenigstens teilweise aus dem Beruf entwickelt und eine ganz besondere Färbung zeigt. Die Wahnideen haben einen speziellen Inhalt. Es handelt sich hier um Verfolgungs- und Größenideen, zeitweise Halluzinationen. Stark erotische Färbung.

Bresowsky (40) kommt auf Grund von 19 Krankengeschichten zu folgenden Schlüssen: Die Amentia *Meynerts* ist die mit Inkohärenz infolge von zerebraler Erschöpfung auftretende klinische Erscheinungsform der akuten halluzinatorischen Paranoia. Die auf Erschöpfung, Intoxikation und Infektion zurückgehende akute halluzinatorische Paranoia und die Amentia *Meynerts* sind Erscheinungsformen derselben Psychose, sie sind also klinisch äquivalent; die Varietäten der akuten halluzinatorischen Paranoia sind, auch wenn sie auf Erschöpfung zurückgehen,



als der Amentia verwandte, jedoch nicht mit ihr identische Psychosen zu betrachten, auch wenn sie die Inkohärenz aufweisen; die Amentia und die auf formale Assoziationsstörungen zurückgehende Paranoia dissociativa sind ganz verschiedene Psychosen.

Nach einem geschichtlichen kritischen Überblick kommt *Leibowitz* (179) unter Beibringung von zwei Krankengeschichten (Vater und Tochter) zu folgendem Resümée:

1. Induziertes Irresein, d. h. die Übertragung eines psychischen Symptomenkomplexes, nicht aber einer klinischen Krankheitsform von einer Person A. auf eine Person B. ist nur möglich unter zwei zusammenwirkenden Bedingungen: B. muß nicht nur prädisponiert sein, (angeboren oder erworben), sondern es müssen auch begünstigende Bedingungen vorhanden sein, enges Zusammenleben, Seelenharmonien, Abgeschlossenheit gegen die Außenwelt usw.

2. Die Prädisposition von B. kann durch den Primärerkrankten A. selbst geschaffen werden, indem er auf B. in nicht spezifischer Weise einwirkt: durch das andauernde Dozieren und Präsentieren seiner Wahnideen schafft er bei B. eine veränderte Reaktionsfähigkeit auf äußere Reize im Sinne einer Überempfindlichkeit, vor allem eine krankhafte „Ermüdbarkeit der Ideenassoziationen", die sich bis zur vollkommenen Inkohärenz des Vorstellungsablaufes steigern kann, im allgemeinen gesagt, er kann eine der Neurasthenie ähnliches Krankheitsbild schaffen. Ist auf diese Weise der Boden vorgearbeitet, so folgt die spezifische Wirkung.

3. Da es sich in allen echten Fällen von induziertem Irresein um Verfolgungs- und Beeinträchtigungsideen handelt, besteht diese spezifische Wirkung in der Transplantation der Wahnideen auf den vorbereiteten Boden. Die Korrekturfähigkeit der Wahnideen, damit die Prognose der induzierten Psychose, hängt ab: a) von der Intelligenz bzw. der Intensität der Intelligenzschwäche des Sekundärerkrankten B., b) von günstigen äußeren Bedingungen, speziell der rechtzeitigen Trennung von dem Induzierenden.

4. Ist die induzierte Psychose die paranoide Varietät der Dementia praecox, so sind die dieser Krankheit besonders eigentümlichen Symptome (Manieriertheit, Stereotypien usw.) bei besonders geeigneter, aber hysterischer Disposition höchstens temporär nachahmbar, nicht aber dauernd übertragbar. Wohl aber kann — unter genügend starker Wirkung des Prädispositionsfaktors — eine Übertragung der Wahnideen stattfinden und dadurch eine Krankheitsform im Sinne der Paranoia chronica entstehen.

Meyer (214) hat hier 21 Fälle von Eifersuchtswahn der verschiedensten Art zusammengestellt, Fälle bei Alkoholmißbrauch, Bleivergiftung, Klimakterium, Senium usw. Bei Fällen mit ausgebildetem Wahnsystem ist es nach *M.* nicht möglich, aus der Art und Weise der Eifersucht zu schließen, ob Alkoholismus zugrunde liegt oder nicht. Bei Fällen, in denen kein Wahnsystem vorliegt, sondern mehr allgemeine Eifersuchtsideen bestehen, liegt chronischer Alkoholismus am nächsten, soweit man Dementia senilis ausschließen kann.

Meyer hält den Eifersuchtswahn wie den Querulantenwahn mit andern verwandten Krankheitsbildern als Paranoiagruppe bei. Er spricht sich direkt gegen



Specht aus. Paranoia ist nicht ausschließlich eine Erkrankung der Verstandestätigkeit. Wahnideen und Sinnestäuschungen werden jetzt in ihrer klinisch-diagnostischen Bedeutung zu sehr unterschätzt. Bei Eifersuchts- und Querulantenwahn und andern Paranoiaformen ist ein allgemein gesteigerter Affekt vorhanden. Die Affektfärbung ist dabei abhängig von den Empfindungen und Vorstellungen, nicht umgekehrt. Ähnlich ist die Affektlage der Neurastheniker. Während also beim manisch-depressiven Irresein die Affekte der Lust und Unlust den gesamten Vorstellungsinhalt beherrschen und färben, besteht bei der Paranoia eine allgemein gesteigerte Affektivität, aus der heraus die gerade in jener Zeit auftauchenden oder schon vorhandenen, aber jetzt irgendwie hervortretenden Vorstellungen mit einem besonders lebhaften Affekt verbunden, zu überwertigen Ideen (*Wernicke*) ausgestaltet werden. Man ist daher nicht berechtigt, die Paranoia als manisch-depressives Irresein aufzufassen (*Specht*).

Wilmanns (390) spricht sich wie *Bonhöffer* gegen den endogenen Charakter des Querulantenwahns aus. Derselbe entwickelt sich ebenso wie die Haftparanoia bei einem Psychopathen infolge äußerer Verhältnisse und Einflüsse. Bei beiden Erkrankungen unterbricht die Aufhebung der Haft die Weiterentwicklung der Krankheit. *Spechts* Ansicht, daß die Paranoia zum manisch-depressiven Irresein gehört, verwirft *W.* Echte Paranoia und der Querulantenwahnsinn *Kraepelins* sind nicht Erkrankungen im engeren Sinne, d. h. nicht die Äußerung einer organischen Gehirnveränderung, sondern vielmehr die auf ein mehr oder weniger affektbetontes Erlebnis hin einsetzende Variierung der Entwicklung bestimmter Degenerationsformen. *W.* betont, daß das klinische Studium der Haftpsychosen sehr zur Orientierung in der klinischen Psychiatrie beigetragen hat.

d) Dementia praecox.

Unter Beibringung eines reichen Materials sucht *Berze* (24) für die Dementia praecox nach hereditären Beziehungen zu der tardiven Demenzform, dem Alkoholismus, der progressiven Paralyse, dem manisch-depressiven Irresein, den großen Neurosen (Hysterie und Epilepsie), den zirkumskripten Zerebropathien und der Idiotie. In betreff der Häufigkeit der Fälle von Dementia praecox, in denen sich die Wirkung der gleichartigen erblichen Veranlagung geltend macht, glaubt *B.*, daß alle statistischen Untersuchungen über diesen Faktor zu kleine Zahlen ergeben müssen, bei denen nicht in der Weise verfahren wird, daß außer den ausgesprochenen Dementia praecox-Fällen auch noch andere Psychosen und psychopathische Zustände bei der Aszendenz, die mehr oder weniger sicher als Ausdruck der Praecox-Anlage zu erkennen sind, in die Rubrik „gleichartige Heredität" gezählt werden.

Zunächst ist der sogenannte abnorme Charakter oft nichts anderes als ein Ensemble von in geringem Grade ausgebildeten psychopathischen Erscheinungen, die als Ausdruck der Praecox-Anlage anzusehen ist.

Für die gleichartige Heredität sind zu reklamieren ferner zahlreiche Fälle von Alcoholismus chronicus, von alkoholischer Psychose. Denn der Alkoholismus ist oft ein sekundärer, entstanden auf der Basis der Disposition zu Dementia



praecox, nicht selten auch auf der Basis ausgesprochener Dementia praecox, namentlich der Hebephrenie. Die sogenannten alkoholischen Psychosen aber entpuppen sich oft bei näherer Betrachtung als im Sinne des Alkoholismus gefärbte Verblödungsprozesse, die der Dementia praecox-Gruppe zugehören. Viele tardive Demenzformen, namentlich die Dementia tardiva (*Stransky*), gewisse Fälle von präsenilem Beeinträchtigungswahn, wahrscheinlich auch zum großen Teil die sogenannten Melancholien des Rückbildungsalters und vielleicht auch manche irrtümlich der Dementia senilis zugerechnete Presbyophrenien dürften hinsichtlich der ihnen zugrunde liegenden Disposition zur Dementia praecox gehören. Endlich gibt es auch „Degenerationspsychosen" auf Grundlage der Praecox-Anlage, wie auf der aller andern psychopathischen Dispositionen.

Die progressive Paralyse steht entschieden in naher hereditärer Beziehung zur Dementia praecox, wohl keineswegs aber in so naher, daß, wie *Pilcz* annimmt, sogar die gleichartige Heredität gegenüber der Belastung mit progressiver Paralyse seitens der Eltern zurückstehen würde. Wenn auch nicht behauptet werden kann, daß die Veranlagung zur progressiven Paralyse mit der Praecox-Anlage identisch ist, so ergibt sich doch, daß zwischen beiden Anlagen sicher kein Antagonismus besteht.

B. macht noch die Bemerkung, daß ähnlich wie der Alkoholismus auch andere Suchtarten, so namentlich die Morphiumsucht, einerseits sekundär auf dem Boden der Dementia praecox entstehen, anderseits die Erscheinungen derselben verdecken können, daß demnach auch andere Arten der Sucht gelegentlich irrigerweise als Belastungsfaktoren gedeutet werden können, wo diese Rolle wieder der Dementia praecox zuzuschreiben wäre.

Berze verwirft die Idee der Transformation, gibt aber die Möglichkeit eines hereditären Polymorphismus innerhalb der einer bestimmten Anlage entsprechenden Gruppe von geistigen Störungen zu.

Über den Inhalt der Anlage zu Dementia praecox weiß *B.* nichts Sicheres zu sagen. Das Wesen der Anlage ist in einer Degenerationserscheinung zu suchen.

Bickel (27) fand in einem Falle von Dementia praecox mit Hypalgesie im Kleinfingerballen eine Verminderung der Nervenendigungen; dieselbe betrug das Dreifache. Er schließt nun: Möglich ist, daß die Degeneration des peripheren Neuroms den krankhaften Veränderungen der Zentralnervensystems parallel geht. Es wäre vielleicht auch denkbar, daß die allmählich eintretende Verblödung eine Folgeerscheinung der geringeren Perzeptionsfähigkeit der Psyche für äußere Reize ist. Die Psyche erhält nicht mehr genügend Eindrücke von außen und entwickelt sich infolgedessen nicht weiter. Demnach wäre die Erkrankung des peripheren Neuroms das Primäre, die krankhafte Veränderung des Zentralnervensystems nur sekundäre Erscheinung. *B.* rät, auf Sensibilitätsstörungen im Beginn der Dementia praecox mehr zu achten.

Cortesi (59) hat sich der Mühe unterzogen, 12 Dementia praecox-Kranke, deren Krankheit schon sehr lange, zum Teil bis zu 50 Jahren, besteht und deren Zustand sich seit Jahrzehnten nicht sonderlich geändert hat, genau zu untersuchen. Akute Krankheitssymptome treten jetzt kaum noch hervor, die Intelligenz ist bald mehr, bald weniger geschwächt, das Gedächtnis relativ gut erhalten; die Urteilskraft



ist recht herabgesetzt. Die sonstigen Symptome der Dementia praecox, Ticks, Manieren und dergl. bestehen meist noch fort.

Jelliffe (151) gibt hier eine historical Summary, beginnend mit Euripides und Hippokrates, fortschreitend bis zur Neuzeit. Nebukadnezar möchte er nicht zu den Katatonikern rechnen. Bei Asklepias, dem Vater der Psychiatrie, findet er keine Anklänge von Dementia praecox, wohl aber bei Aretaeus von Kappadozien. Dann kommt ein Sprung bis zu den englischen Anatomen *Willis* im 17. Jahrhundert und zu *Nicolas Tulp* usw. Das ältere Deutschland wird nur kurz berührt, dann *Hecker*, *Pick* und namentlich *Kahlbaum*. Den Schluß macht *Kraepelin.*

Auf *Judins* (157) Veranlassung wurden an zwei Patienten, die an Dementia praecox litten, partielle Thyreoidektomien vorgenommen. *I.* stützte sich dabei auf *Berkeleys* Berichte, wonach solche Thyreoidektomien in 10 Fällen schnelle Genesung zur Folge hatten. Theoretisch wurde dieser Eingriff damit begründet, daß in vielen Fällen der Dementia praecox Symptome beobachtet werden, die auf Hyperthyreoidismus schließen lassen (Hyperhidrosis, Tachykardie usw.). In Verfassers Fällen ergab jedoch dieses Verfahren vollständig negative Resultate: der Zustand der Patienten blieb unverändert. Die mikroskopische Untersuchung der entfernten Drüsenteile ergab nichts Bemerkenswertes. (*Fleischmann*-Kiew.)

Juschtschenko (159) beobachtete bei thyreoidektomierten Hunden Muskelrigidität, Tremor, einförmige Bewegungen, Temperaturherabsetzung, passives Verhalten und andere Erscheinungen, die als Hemmung der psychischen Tätigkeit gedeutet werden mußten. Daß es sich hierbei um eine Autointoxikation handelte, war auch aus der Toxizität des Harns und des Serums dieser Hunde zu entnehmen. Verf. betont die Ähnlichkeit der erwähnten Erscheinungen mit den Symptomen der Katatonie und Dementia praecox, bei der die Toxizität des Harns ebenfalls erhöht ist, er will aber damit durchaus nicht sagen, daß die Dementia praecox auf Hypo- oder Athyreoidismus zurückzuführen ist. Jedoch gewinnt hierbei die Auffassung, daß es sich bei der Dementia praecox ebenfalls um eine Autointoxikation handelt, an Wahrscheinlichkeit. (*Fleischmann*-Kiew.)

Kanavel und *Pollock* (162) haben *Berkleys* Versuche wiederholt und 12 Katatoniker, deren Krankengeschichten hier kurz wiedergegeben werden, operiert, alle mit negativem Erfolg.

Maeder (195) bringt eine ausführliche Analyse von 2 Fällen von Dementia praecox, der paranoiden Form.

Meyer (216) hat öfters beobachtet — 3 Fälle werden hier angeführt —, daß bei Kranken mit Dementia praecox bei Druck auf die Iliakalpunkte sich die Pupillen maximal erweitern und dann starr auf Lichteinfall sind. Läßt der Druck nach, so verengern sie sich sofort und reagieren dann wieder wie sonst auf Licht. Den Grund der Pupillenstarre sucht *M.* in der Besonderheit des Zustandes, der bei diesen Dementia praecox-Kranken durch den Druck auf die Iliakalpunkte hervorgerufen wird. Die Pupillenstarre bei Ovarie scheint den hysterischen Erscheinungen, die man bei Dementia praecox findet, nahe zu stehen. Der Zustand, den der Druck auf die Iliakalpunkte bei diesen Kranken bedingt, muß als eine Art Anfall betrachtet werden. Man muß eine Störung der gesamten Innervation der Iris annehmen.



Der Hippus schien bei Ovarie zuzunehmen. Es scheint sich hierbei um Zuckungen der Iris zu handeln, die den krampfartigen Erscheinungen bei Dementia praecox sonst nahe stehen — ein Analogon des Hippus bei epileptischen Anfällen.

Pförtner (259) hat 80 Fälle auf körperliche Symptome untersucht. Er betrachtet diese Befunde als Äußerungen desselben Krankheitsprozesses, welcher auch die psychischen Veränderungen hervorruft. Welcher Art dieser Prozeß ist, wissen wir noch nicht. Je nach der Ausbreitung des krankhaften Prozesses auf verschiedene Abschnitte des Gehirns werden auch die verschiedensten körperlichen Symptome, zum Teil auch organischen Charakters, hervortreten. Vor allem besteht diese Tendenz der Ausbreitung auf motorischem und sensorischem Gebiete bei den Psychosen mit vorwiegend psychomotorischen Bewegungsstörungen. Bei der hebephrenischen oder paranoiden Form des Jugendirreseins tritt sie mehr in den Hintergrund. Ein akut einsetzender und stürmischer Krankheitsverlauf hat meistens eine günstigere Prognose. Da dieses bei den Psychosen mit vorwiegend psychomotorischen Bewegungsstörungen eher der Fall ist als bei der hebephrenischen Form, so wird hier die Wahrscheinlichkeit einer Besserung auch eine größere sein.

Pötzl (266) bringt weiteres Material bei zur Stütze von *Reichardts* Anschauung, daß sich bei plötzlichem Exitus von Kranken mit Dementia praecox, Delirium acutum, Amentia auffallend häufig Anzeichen einer Hirnschwellung finden bzw. Zeichen eines raumbeengenden Prozesses, der zu einer Steigerung des intrakraniellen Druckes führen kann. In andern hierher gehörigen Fällen handelt es sich um eine Hyperämie des Gehirns und Rückenmarks, und findet man Residuen früherer meningealer Erkrankungen, welche das Zustandekommen eines solchen Prozesses erleichtern oder seine Intensität steigern.

Raecke (269) ist es gelungen, von 200 Fällen von Katatonie, die 1901 bis 1905 in der Kieler Klinik behandelt wurden, 171 Katamnesen einzuziehen. Es hat den Eindruck, daß die Verbindung von Grimassieren mit hartnäckigem Negativismus ohne wesentliche Affektanomalie, ferner ausgesprochene Befehlsautomatie und lange anhaltende Flexibilitas cerea von übler Vorbedeutung waren. Bisher sind alle Versuche, auf Grund einzelner Symptome für die Prognosenstellung bei Katatonie zu einer brauchbaren Formel zu gelangen, gescheitert. *R.* unterscheidet beim Beginne der Katatonie 5 Hauptverlaufstypen: die depressive Form der Katatonie, die stuporöse Verlaufsform, die subakute paranoide Form und die Katatonie in Schüben. Er fand nun, daß die subakut entstandene paranoide Form mit Beachtungswahn, die somit als besondere Gruppe herauszuheben wäre, weitaus den günstigsten Verlauf nahm. Er fand 47% Heilungen gegen 15,4 der depressiven Form; die übrigen Formen verliefen noch ungünstiger. Ganz ungünstig verlief die mehr chronisch sich entwickelnde paranoide Form, die nur 4% Heilungen aufwies.

Sioli (323) hat auch in Galkhausen (Rhld.) konstatieren können, daß eine schwere Schädigung der Pupillenunruhe und der sensiblen Reaktion bei dementen Dementia praecox-Kranken die Regel ist im Gegensatze zu den nicht-dementen Kranken der paranoiden Gruppe. Intakt sind die Phänomene bei sicher Manisch-Depressiven. Anisokorie hat *S.* nicht gesehen, leicht entzündete Pupillen häufig.



Sommer (327) bringt 5 hierher gehörige Fälle und kommt zu dem Resultate: Die Katatonie kommt häufiger, als man meist annimmt, auch in den Rückbildungsjahren, vor. Manches scheinbar unklare und atypische Krankheitsbild wird die richtige Deutung erfahren, wenn man die Spätkatatonie in den Bereich der diagnostischen Erörterungen zieht. — Die Spätkatatonie bietet zwar einige klinische Besonderheiten; sie geben uns aber nicht das Recht, ihr eine nosologische Selbständigkeit gegenüber der Katatonie der Jugendjahre einzuräumen. Die Spätkatatonie kann im Beginn unter manisch-depressiven Symptomenkomplexen verlaufen. Bei der Stellung der Diagnose bzw. Prognose ist es daher wesentlich, dem Auftreten katatonischer Symptome eine größere Bedeutung beizulegen, als es meist geschieht.

Soutzo und *Dimitresco* (332) berichten über das häufige Vorkommen der Tuberkulose in der Anstalt zu Bukarest. Von 16 Imbezillen zeigten nach Tuberkulininjektionen 8 positive Ophthalmoreaktion, von 24 Epileptikern 9, von 63 Dementia praecox sogar 42! Dabei haben Verfasser noch die Fälle herausgesucht, welche die kürzeste Zeit im Asyl waren. Die betreffenden Epileptiker und Paralytiker, die injiziert wurden, waren jedenfalls länger in der Anstalt, und von den 15 Paralytikern reagierte keiner positiv. Erblichkeit für Tuberkulose war in den wenigsten Fällen nachweisbar. In der Mehrzahl der Fälle machten Psychose und Tuberkulose gleiche Fortschritte. Die Frage: woher die Häufigkeit der Tuberkulose bei Dementia praecox, läßt sich heute noch ebensowenig beantworten als die Frage nach der bestehenden intimen Beziehung zwischen beiden Krankheiten. Verfasser schließen sich der Ansicht an, daß die Dementia praecox eine organische Erkrankung ist, die sich hauptsächlich auf dem Gebiete der inneren Sekretion und des Ernährungsmechanismus abspielt. Man muß bei der Sektion genau auseinanderhalten, welche Befunde der Tuberkulose, welche der Dementia praecox zuzuschreiben sind. Auch Tuberkulosetoxine können psychische Störungen hervorrufen. Bei den Dementen, deren Gehirn bereits affiziert ist, muß das Tuberkulosevirus erst recht wirksam sein, es kommt also zu einem gemeinschaftlichen Angriff beider Prozesse auf das Gehirn. Das scheint bei den andern organischen Erkrankungen nicht der Fall zu sein. Das spricht also für intimere Beziehungen zwischen Tuberkulose und Dementia praecox. *Dimitresco* verspricht weitere Mitteilungen über klinische Erfahrungen und experimentelle Resultate.

Tomasini (351) gibt in der bisher vorliegenden Nota I eine ausführliche Zusammenstellung von Dementia praecox in historischer und terminologischer Hinsicht; er spricht sich für die Bezeichnung demenze originarie aus; in einer zweiten Note will er die verschiedenen Krankheitsgruppen der Dementia praecox besprechen.

Tschanetzky (363) berichtet über den eigenartigen Verlauf der Dementia praecox bei Personen, die Lues durchgemacht hatten. Die ursprünglich vorhandenen typischen Symptome der Dementia praecox verändern sich bald allmählich, bald sprungweise derart, daß der Verfasser von einer zweiten Periode der Erkrankung spricht, in der die Diagnose ohne Kenntnis von dem früheren Verlaufe der Krankheit nur schwer möglich wäre. Die Kranken werden mitteilsamer, ihre Wahnideen werden oberflächlicher und verlieren ihren für Dementia praecox typischen Charakter.



Negativismus, emotionelle Stumpfheit, moralischer Schwachsinn sind weniger ausgeprägt. Die Patienten werden zuweilen reizbar, sind aber doch im ganzen gutmütiger als früher. Die höheren geistigen Fähigkeiten gingen deutlich zurück. Zugleich konnte man Ungleichkeit der Pupillen und Trägheit — vorübergehend auch Nichtvorhandensein der Reaktion, Steigerung der Sehnenreflexe, in manchen Fällen auch Sprach- und Gehstörungen beobachten. Man hat es hier zweifellos mit einer Kombination der Dementia praecox, mit einem Krankheitszustande zu tun, der auf dem Boden der luetischen Infektion entstanden ist. Anzunehmen ist, daß diese beiden Zustände einander beeinflussen. Nach dem Verfasser handelt es sich in dieser zweiten Periode weder um Lues cerebri noch um progressive Paralyse sondern um arteriosklerotische Gehirnerkrankung. (*Fleischmann*-Kiew.)

e) Sonstiges.

Allers (3) kommt, was die funktionellen Psychosen anbetrifft, in der vorliegenden Arbeit auf die Resultate von *Rosenfeld*, *Pighini*, *Bornstein* und *Frenkel-Heiden* zurück und schließt daraus, daß wir hinsichtlich der Stoffwechselpathologie der Dementia praecox im Besitz einiger interessanter Tatsachen sind, daß wir aber in der Erkenntnis des Wesentlichen bisher nur wenige Fortschritte gemacht haben. Die Arbeiten von *Bruce* und *Townsend* über Indikan und Melancholie werden besprochen, ebenso die Untersuchungen von *Seige*, *Plönies*, *Schultze*, *Knauer* usw. Es scheint sicher, daß es Stoffwechselstörungen gibt, die den psychischen Störungen parallel gehen und die bei den hinsichtlich der Ätiologie verschiedensten Psychosen in gleicher Weise auftreten (Glykosurie). *Allers* fragt, ob wir nicht vielleicht zu sehr geneigt sind, in den Stoffwechselvorgängen die primären Erscheinungen zu sehen, da wir den Einfluß der psychischen Prozesse auf den Chemismus zu wenig Rechnung tragen. Weitere Untersuchungen sind nötig. Die Stoffwechselstörungen sind bei allen Depressionen dieselben, einerlei, welcher Psychose si entstammen. Eine Stoffwechselstörung, die in der manischen Phase eine andere wäre als in der depressiven, können wir nicht als eine ursächlich wirksame ansprechen. Findet man in der Manie eine andere Stoffwechselstörung als in der Melancholie, so sind diese Störungen höchst wahrscheinlich Folgeersc heinungen der Psychose. Deshalb schließt *A.*, daß wir es bei den bisher gefundenen Störungen des Stoffwechsels im manisch-depressiven Irresein mit Folgen der seelischen Prozesse zu tun haben und daß, wenn es überhaupt eine ätiologisch bedeutsame Störung geben sollte, uns diese heute noch ganz unbekannt ist.

Bloch gibt (31) eine interessante Beschreibung von paranoiden Zuständen bei einem jungen Manne mit multipler Sklerose ohne alle Demenz. Vielleicht könnte man auch die Diagnose Paranoia stellen.

Bonhöffer (34) bespricht hier außer den Infektionspsychosen auch die Psychosen bei Allgemeinerkrankungen und Erkrankung eines Organs, die Psychosen nach Erschöpfung (Überanstrengung, kachektische und anämische Zustände, chronische Erschöpfung), bei Herzerkrankungen, Urämie, Diabetes mellitus, harnsaurer Diathese, Basedow, Tetanie, Myxödem, gastrointestinale Erkrankungen. Der Mannig-



faltigkeit der Grunderkrankungen steht eine große Gleichförmigkeit der psychischen Bilder gegenüber. Infektionskrankheiten, zur Erschöpfung führende somatische Erkrankungen, Autointoxikationen, von den verschiedensten Organerkrankungen ausgehend, zeigen im wesentlichen übereinstimmende psychische Schädigungen. Man ist berechtigt, von exogenen psychischen Reaktionstypen zu sprechen. Diese Reaktionsformen sind Delirien, epileptiforme Erregungen, Dämmerzustände, Halluzinose, Amentiabilder. Diesen Erscheinungsformen entsprechen bestimmte Verlaufstypen; kritischer und lytischer Abfall, Entwicklung emotionell-hyperästhetischer Schwächezustände, amnestische Phasen von Korsakowschem Typus, Steigerungen zu Delirium acutum und Meningismus.

Bumke (48) referiert kurz über die hierher gehörigen Arbeiten und kommt zu dem Schlusse: Die Pupillen sind bei der Dementia praecox durchschnittlich weiter als in der Norm und wechseln in ihrer Weite ungewöhnlich rasch und oft. Ob dauernde Störungen des Lichtreflexes vorkommen, steht dahin; vorübergehend wird in seltenen Fällen von katatonischem Stupor eine katatonische Pupille starr beobachtet, die mit Mydriasis oder Myosis oder auch mit ovaler, tropfen- oder strichförmiger Pupillenform verbunden ist. Derartige Formänderungen können auch unabhängig von der katatonischen Pupillenstarre auftreten und wie diese nur ein Auge betreffen.

Die für die Dementia praecox pathognomonische Pupillenanomalie ist das Fehlen der Pupillenunruhe, der Psychoreflexe und der reflektorischen Erweiterung auf sensible Reize bei erhaltenem Lichtreflex. Dieses Symptom ist da, wo es einmal entstanden ist, auch dauernd nachzuweisen. Es kommt gelegentlich schon in früheren Stadien des Leidens zur Entwicklung, findet sich auf der Höhe der Krankheit in mehr als der Hälfte der Fälle und fehlt fast niemals bei verblödeten Kranken. Bei dieser Entwicklung geht die Pupillenerweiterung auf sensible Reize später verloren als die Pupillenunruhe und die Psychoreflexe. Die diagnostische Bedeutung des Krankheitszeichens beruht darauf, daß es außer bei Dementia praecox nur noch bei andern (durch organische Gehirnveränderungen bedingten) Verblödungsprozessen, so gut wie niemals aber bei Gesunden, bei Manisch-Depressiven oder bei sonstigen funktionellen Geisteskrankheiten vorkommt.

Verf. berichten hier (68) über zwei junge Mädchen, welche vielleicht infolge einer Streptokokkeninvasion per vaginam akut psychisch erkrankten. Bei beiden besserte sich das Befinden auch geistig rasch nach 12 cg Collargol täglich.

Dubois' Buch (78) erscheint bereits in zweiter Auflage, ein Beweis, daß die Vorlesungen weitere Kreise interessieren, und nicht allein in Deutschland. Eine französische Auflage erscheint bereits in dritter Auflage. eine englische Übersetzung haben *Jelliffe*-New York und *White*-Washington geliefert. Die hier vorliegende neue Ausgabe zeigt keine größeren Änderungen.

Elmiger hat hier (92) 6 Krankengeschichten zusammengestellt. Die Psychosen der Zwillinge sind in erster Linie als Psychosen bei Geschwistern zu betrachten, und ist die Aufstellung des Zwillingsirreseins als eines Krankheitsbildes sui generis im Sinne *Balls* überflüssig. Es zeigt sich bisweilen bei Zwillingspsychosen eine äußerst auffallende Ähnlichkeit in ihrem äußeren Gepräge, ohne daß dabei die In-



duktion eine nennenswerte Rolle spielt. Es muß sich hier um eine ganz ähnliche krankhafte Veranlagung handeln. In den ersten Fällen von *E.* handelt es sich um Dementia praecox. In der Hälfte der Fälle erkrankten beide Zwillinge.

Eschle (94) macht in interessanten Ausführungen den Versuch, „die psychopathischen Zustandsbilder nach dem Gesichtspunkte des Temperaments in eine Art von System zu bringen und so Handhaben zu gewinnen, um eine Brücke zu schlagen von den pathologischen zu den noch in den Bereich der Norm fallenden Zuständen". Als dem sanguinischen Temperament angehörende Krankheitsbilder beschreibt er den Hebephrenentypus, den Typus der amönomanisch Exaltierten, den Desequilibriertentypus und den Typus der pathologischen Lügner und Schwindler. Den melancholisch-hypochondrischen Typus, den zyklischen Typus und den abulisch-larmoyanten Typus schildert er als charakteristisch für das melancholische Temperament. Aus dem cholerischen Temperament läßt er den Krankheitstyp der Paranoiker, der Pseudoquärulanten, der furibunden Deliranten und der Moralisch-Perversen entstehen, und durch das phlegmatische Temperament bedingt, führt er den Typ der torpiden Idioten, der anästhetischen Frühdementen und der Asozialen an.

Diese Ableitung der psychischen Krankheitsbilder aus den Temperamenten hat aber für den Verfasser nicht nur theoretischen Wert. Er glaubt daraus auch fruchtbare Gesichtspunkte für die Prophylaxe der Geisteskrankheiten entnehmen zu können. Nach seiner Überzeugung muß diese Prophylaxe, die sehr früh einzusetzen habe, darin bestehen, die durch Anlage und äußere Verhältnisse bedingte Reaktionsgröße des Individuums (das Temperament) nach vorschiedenen Seiten hin zu erforschen und in die für das Individuum und die Gattung zweckdienlichen Bahnen zu leiten. *Wiehl* (Bonn).

Forster (104) schildert zunächst *Wernickes* Angstpsychose und gibt dann eine Übersicht über die darüber entstandene Literatur. *Wernicke* stellt sich vor, daß die Art der Psychose im wesentlichen von der Lokalisation der Erkrankung im Gehirn abhängt. Die Angstpsychose ist nicht nur als rein symptomatisches Bild aufzufassen; es gibt einen Krankheitsprozeß, der eben die Eigenschaft besitzt, sich vorwiegend in den Gehirnteilen anzusiedeln, durch deren Erkrankung die Angstpsychose hervorgerufen wird. Die Angst ist aber, wie *Forster* an dieser Stelle nochmals darlegt, kein einheitlicher Begriff. Bei der Angst sind Komplexe, Vorstellungen und Sensationen beteiligt. Letztere sind von den Schmerzerinnerungsbildern direkt abhängig. Empfindungen und deren Erinnerungsbilder bedingen Reflexe. Die Angst muß in jedem Falle näher analysiert werden, deshalb die Forderung darauf zu achten, ob das Verhalten der Kranken bei den verschiedenen Formen der Angst ebenfalls ein verschiedenes ist.

Nach einer historischen Übersicht bringt dann *F.*, was er in einem Zeitraum von 4 Jahren an Angstpsychosen beobachtet hat. Die 35 zum großen Teil sehr ausführlichen Krankengeschichten müssen im Original nachgelesen werden. *F.* teilt sie in 11 Gruppen, z. B. Fälle, in denen subjektive Insuffizienz vorliegt, — Angstmelancholien, — Fälle mit Angst vor Strafe. — Angstmelancholien und Übergang in komplizierteren Psychosen, etc. Den Schluß macht Neurasthenie mit Angstaffekten). *F.* bespricht zusammenfassend jede einzelne Gruppe, um dann zu folgen

den allgemeinen Schlußfolgerungen zu gelangen: Die Aufstellung einer eigenen Angstpsychose ist nicht aufrecht zu erhalten. Es gibt keine einheitliche Augst, sondern es kann nur von Angstvorstellungen der verschiedensten Art die Rede sein. Man müßte sonst nur eine bestimmte Kategorie von Angstvorstellungen für diese Angstpsychose reservieren, sonst würden Psychosen vereinigt, die nichts miteinander zu tun haben. Auch an seinem Material fand *F.*, daß nirgends bei echten Psychosen eine einzelne Gruppe von Angstvorstellungen als alleiniges Krankheitssymptom zu konstatieren war, was allein zur Aufstellung einer eigenen Angstpsychose berechtigen würde. Teilt man die Auffassung von *F.*, daß die Angst nicht ein nicht näher zu definierendes Gefühl, sondern eine komplizierte Reihe von nicht in Worte gefaßten Vorstellungen darstellt, so hat man in der Möglichkeit, die Angst bei diesen Fällen in ihre Einzelvorstellungen zu zerlegen, ein Mittel, die jeweilige psychopathische Konstitution auch in ihnen nachzuweisen.

F. folgert aus seinen Untersuchungen, daß es praktisch zweckmäßig ist, die Fälle von Melancholie zu trennen, einerseits in Fälle von Angstmelancholie, anderseits in die der reinen Melancholie im Sinne *Wernickes*. Die motorische Hemmung wird nur dann angetroffen, wenn das Krankheitsbild der Melancholie lediglich aus Erscheinungen zusammengestellt ist, die aus subjektiver Insuffizienz erklärt werden können, und wenn die Angstvorstellungen auch aus diesem Vorstellungskreise nicht herausfallen, daß dagegen Agitation hinzukommt, sobald auch die Angstvorstellungen über dieses Gebiet hinausgehen. Die Angstpsychose zum manisch-depressiven Irresein zu ziehen, hält *F.* nicht für richtig.

Geißler (113) kommt zu folgenden Schlüssen: 1. Im Blutserum von Geisteskranken mit Hebephrenie und Katatonie zirkulieren Stoffe, welche sich bei geistig Gesunden nicht finden. 2. Diese Stoffe sind scheinbar eiweißartige Körper und dem Serum geistig Gesunder artfremd. 3. Die im Blute der Hebephrenen kreisenden Körper sind jenen im Blute bei Katatonie nur zum Teil artgleich. 4. Die Stoffe lassen sich mittels Vorbehandlung mit der Präzipitinreaktion nachweisen. 5. Normale Sera, d. h. Sera von geistig Gesunden, sowie von körperlich Kranken und Geisteskranken anderer Psychosenkomplexe geben, als Antigon angewendet, diese Reaktion nicht. 6. Die Serodiagnostik läßt, soweit man nach diesen Untersuchungen schließen darf, nur die beiden angeführten Psychosen, Hebephrenie und Katatonie, als zusammengehörig erscheinen. — Da die Reaktion diagnostisch, vielleicht auch prognostisch, sowie forensisch von Bedeutung zu sein scheint, muß durch umfassende Untersuchungen, und zwar durch Vorbehandlung mit Seren von Geisteskranken der verschiedensten Formen mit solchen von geistig Gesunden und körperlich Kranken dargetan werden, ob es Ausnahmen von den erhobenen Befunden gibt.

Kauffmann (165) bearbeitet in diesem Teile die Angstpsychose, die Psychosen mit Bewegungsstörungen und die Manie.

Auf das Buch von *Mairet* und *Euzière* (200) kann hier nur kurz aufmerksam gemacht werden. Es bringt zunächst einen historischen Überblick, beginnend mit *Pinel* und endigend mit *Lombroso*. Da die bisherigen Bezeichnungen für die hier in Betracht kommenden Individuen nicht passen, schlagen Verfasser die Bezeichnung les invalides moraux vor. Sie stellen vier Kategorien auf, die sich freilich nicht

immer scharf trennen lassen: Atrophie morale, Perversions morales, Inversion morale, Instabilité morale. Hier wird nur die inversion und instabilité morale ausführlich in jeder Hinsicht besprochen. Ein reiches Krankenmaterial trägt zum Verständnis bei.

Der Kranke von *Meyer* (213) bot nach dem Selbstmordversuch kurze Zeit das ausgesprochene Bild des *Korsakow*schen Symptomenkomplexes, Unorientiertheit in Ort und Zeit, Gedächtnisschwäche für die jüngste Vergangenheit mit Konfabulation und Erinnerungsfälschungen. *Meyer* bezeichnet den *Korsakow*schen Symptomenkomplex als eine typische Reaktionsweise des Gehirns auf die Strangulation; sie ist, wie die Commotio cerebri, die häufigste mittelbare psychische Folgeerscheinung der Strangulation. Die Prognose ist in solchen Fällen günstig. Es handelt sich um direkte Schädigungen, psychogene Momente spielen dabei keine Rolle.

Naudascher (236) bringt hier 3 interessante Krankengeschichten; die Kranken halluzinieren ihre eigene Person. Es handelt sich um Alkoholiker bzw. Kokainintoxikation.

Pighini (261) fand auch bei Kranken mit Dementia praecox Cholestearin in der Spinalflüssigkeit, wenigstens in 43% der Fälle.

Rehm (274) möchte für das Präsenium ein neues Krankheitsbild aufstellen. Bei Präsenilen und bei Arteriosklerose kommt es, wofür *R.* einige Fälle beibringt, zu plötzlichen Krankheitszuständen, wobei die gemütliche Depression vorherrschend ist; es bestehen Halluzinationen, delirante Vorstellungen und infolgedessen bald motorische Unruhe, bald Zustände, die an Katatonie erinnern. Dabei Zeichen von Arteriosklerose. Es folgt meist Heilung.

Radionow (290) beschreibt einen Fall einer ziemlich akuten Psychose, die stürmisch mit großer motorischer Unruhe einsetzte. Es folgten dann Wahnideen, Gehörshalluzinationen und Verwirrtheit. Bei der Autopsie zeigten sich beide Nebennieren vergrößert — bis zur Größe einer mittelgroßen Zitrone — und karzinomatös. Verfasser hält es für ausgeschlossen, daß die Psychose durch Krebskachexie hervorgerufen werden konnte, da einerseits von einer nennenswerten Kachexie nicht die Rede sein konnte und anderseits doch die Kachexie ganz andere psychische Symptome zur Folge hat. Die Ähnlichkeit der psychischen Störungen bei verschiedenen (tuberkulösen, karzinomatösen usw.) Affektionen der Nebennieren spricht dafür, daß diese Störungen nicht durch diese Affektionen, sondern durch die Sekretionsanomalien der Nebennieren verursacht werden.

(*Fleischmann*-Kiew.)

Rougé gibt (300) im Anschluß an ein ausführliches Gutachten über den Geisteszustand eines 85 jährigen Mörders 7 kurze Krankengeschichten von akuten Psychosen bei Greisen, die früher nie geisteskrank waren, es handelt sich, von einer Paralyse abgesehen, um Manie und Melancholie.

Saathoff (302) beschäftigt sich hauptsächlich mit 3 Krankengeschichten und Sektionsberichten und kommt zu dem Schlusse, daß es bei herzkranken syphilitischen Individuen unter dem Einflusse von Kompensationsstörungen zu einer ziemlich prägnanten psychischen Erkrankung kommen kann, die sich meistens zusammensetzt aus angstvoller Verwirrtheit, Halluzinationen und motorischer Erregung.



Das Zustandekommen dieser Psychose ist zu erklären durch die Einwirkung der Summe aller Dekompensationserscheinungen auf das durch die Lues geschädigte Gehirn.

Thalbitzer (347) berichtet über 3 Fälle, die nach seiner Ansicht weder zur Manie noch zur Dementia praecox gehören. Nach Abklingen der manischen Störung bleiben Wahnideen und Halluzinationen, und es entwickelt sich eine gewisse geistige Schwäche. Für solche Fälle schlägt *Th.* die Bezeichnung manischer Wahnsinn vor.

Thomson (350) hat monatelange Versuche angestellt und gewisse Kranken bis zu 300 000 mal das Gegenteil von ihren Wahnideen wiederholen lassen, — der Erfolg war kaum nennenswert. Vielleicht traten die Wahnideen etwas weniger stark als früher hervor.

Tilling beschäftigt sich (349) hauptsächlich mit den Endzuständen der akuten Psychosen, mit dem sekundären Schwachsinn. Wie die Paralytiker, wenn sie schwachsinnig sind, teils steril, teils produktiv sind, so auch die Kranken mit Dementia praecox. Die Hebephrenen und die Katatoniker entsprechen dem sterilen, die Kranken mit Dementia paranoides dem produktiven Typus. Psychologisch will *Tilling* den Unterschied erklären durch ein abnormes Ineinanderarbeiten von Ober- und Unterbewußtsein.

Tommasi und *Colbacchini* (351) haben durch zahlreiche Versuche an normalen Menschen, an Hysterischen, an Kranken mit manisch-depressivem Irresein und Dementia praecox das Pupillenphänomen bestätigt, das *Redlig* 1908 bei Hysterischen und Epileptikern beobachtet, und haben konstatiert, daß das genannte Phänomen nicht für Hysterie und Epilepsie charakteristisch ist. Angestrengte Muskelbewegungen und tiefes Ausatmen hat wohl bei fast allen Menschen Einfluß auf die Beschaffenheit und Reaktion der Pupillen.

Voß (375) warnt davor, in völlig kritikloser Weise von hereditärer Belastung und Entartung zu sprechen. Er hält die Ahnentafeln für brauchbarer als die genealogischen Stammbäume; doch ist die Sippschaftstafel von *Crzellitzer* das Brauchbarste. Über Vererbungsgesetze wissen wir heute noch so gut wie nichts. „Wenn ich auch das Vorhandensein bestimmter Vererbungsgesetze durchaus zugebe, so erscheint mir die Aufstellung solcher heute noch verfrüht. Es bedarf gründlicher, ausgedehnter Einzeluntersuchungen, die sich nicht nur auf pathologische Fälle erstrecken dürfen, sondern von leicht feststellbaren Eigentümlichkeiten und Abweichungen im Bereich der Norm ausgehen sollen. Mit dem Schlagwort der Entartung ist uns weder bei der Diagnose nervöser noch psychischer Erkrankungen gedient; die meisten Nerven- und Geisteskrankheiten entwickeln sich auf prädisponiertem Boden. Der exogene ätiologische Faktor verdient bei der Beurteilung der auf dem Boden der Entartung sich entwickelnden Psychosen viel mehr Beachtung. Hier können auch die Hebel prophylaktischer Bestrebungen einsetzen."

Weiler, der sich hier (380) ausführlich mit der Pupillen- und Irisbewegung des gesunden und kranken Menschen beschäftigt, stellt auch die Beobachtungen bei Geisteskrankheiten zusammen, auch bei Dementia praecox und manisch-depressivem Irresein. Seine Untersuchungen stimmen im wesentlichen mit denen vom *Bumke*, *Hübner* und *Sioli* überein, doch fand er bei Dementia praecox nur in 40% der Fälle



Fehlen der Erweiterungsreaktion auf psychische Reize. Bei Dementia praecox gibt es Störungen der Pupillenreaktion einerseits vorübergehender Natur, Einschränkung der Lichtreaktion, die sich in seltenen Fällen zu absoluter Starre steigert. anderseits dauernde Veränderung der Irisinnervation, indem ein großer Prozentsatz der Untersuchten die Reaktion auf psychische, sensorische und sensible Reize vermissen ließ. Die Pupillen waren vielfach weiter als in der Norm, vorübergehend zeigten sich auch Veränderungen der Form (ovale Pupillen). — Bei den manisch-depressiven Kranken hat *W.* die Erweiterungsreaktion nie vermißt.

Weiler (381) hat mit einer von ihm angegebenen Untersuchungsmethode, die eine Darstellung der Reflexbewegungen ermöglicht, auch bei funktionellen Psychosen die Reflexe geprüft. Beim manisch-depressiven Kranken wechselten die Kurvenbilder sehr. Vielfach fand er verkürzte Reflexzeiten, starke Bremsung des Kurvenabfalls. Die Fälle von manisch-depressivem Stupor zeigten lange Reflexzeiten, ließen die Bremsung des fallenden Unterschenkels nicht verkennen. Stupuröse und verblödete, an Dementia praecox leidende Kranke, manchmal auch frische Fälle, wiesen häufig ein vollständiges Fehlen der Bremsung im Kurvenabstieg auf; die Reflexzeit war nicht wesentlich verändert. Zwischen organisch und psychogen bedingtem Fußklonus ließ sich durch Aufzeichnung dieser Bewegungen mit Sicherheit unterscheiden.

Weyert (387) bietet eine ausführliche Zusammenstellung der Ansichten der verschiedenen Psychiater über Trauma und Psychose.

---

4. Neurosen und Schilddrüsenerkrankungen.

Ref.: L. W. Weber-Göttingen.

1. *Abraham, K.*, Über hysterische Traumzustände. Jahrb. f. psychoanalytische u. psychopath. Forsch. Bd. 2, S. 1. (S. 207*.)
2. *Achard, Pierre Marie, Gilbert-Ballet* usw. Sémiologie nerveuse 628 S. Paris 1911, Librairie J. B. Baillière et fils. 12 fr. (S. 194*.)
3. *Adler, Alfr.* (Wien), Psychischer Hermaphroditismus im Leben und in der Neurose. Fortschr. d. Med. Nr. 16. (S. 195*.)
4. *Adler, Alfr.* (Wien), Die Psychische Behandlung der Trigeminusneuralgie. Zentralbl. f. Psychoanalyse (Herausgeber: S. Freud; Verleger: J. F. Bergmann-Wiesbaden) Jahrg. 1, H. 1—2, S. 10. (S. 196*.)
5. *Alexander, W.*, und *Kroner, K.*, Therapeutisches Taschenbuch der Nervenkrankheiten. 164 S. Berlin 1910, Fischers med. Buchhandlung (H. Kornfeld). 3,50 M. (S. 204*.)



6. *Allam*, Some points in the treatment of chorea in children. Journ. of med. sciences CXXXIX, Nr. 455. (S. 209*.)

7. *Alt* et *Gottschalk*, Le traitement diététique des epileptiques. Arch. de Neurol. 1910, 2[e] an., I, S. 172—185.

8. *v. Anfimow, W. J.*, Aktive Aufmerksamkeit, resp. Aufmerksamkeit und Arbeitsfähigkeit bei Epilepsie. Epilepsia Bd. 2, H. 1, S. 34. (S. 187*.)

9. *Arsumanianz, Artasches*, Zur traumatischen Entstehung der Basedowschen Krankheit. Inaug.-Diss. Berlin.

10. *Assagioli*, Die Freudschen Lehren in Italien. Jahrb. f. psychoanalyt. u. psychopath. Forsch. Bd. 2, S. 349. (S. 195*.)

11. *Bäumler* (Freiburg), Zur Kenntnis der Jacksonschen Epilepsie. Deutsche Ztschr. f. Nervenheilk. Bd. 39, H. 3 u. 4. (S. 186*.)

12. *Baugh, L. D. H.*, Observations on epileptics—illustrating their reaction to the purin in diet. The journal of mental science 1910, Vol. 56, Nr. 234, S. 470. (S. 190*.)

13. *Becker, W. H.* (Weilmünster), Die Stellung der Unfallneurose in klinischer und sozialpolitischer Hinsicht. Mod. Med. H. 9, S. 300.

14. *Becker, Th.* (Metz), Über nervöse Nachkrankheiten des Mülheimer Eisenbahnunglücks. Münch. med. Wschr. 1910, Nr. 29, S. 1542. (S. 199*.)

15. *Becker, Th.*, Einführung in die Neurologie. 280 S. Leipzig 1910, Georg Thieme. (S. 193*.)

15a. *Bethge* (Kiel), Über psychische Störungen bei Sydenhamscher Chorea. I.-D. Kiel. (S. 208*.)

16. *Belletrud* et *Mercier, E.*, Un cas de mythomanie. Escroquerie et simulation chez un épileptique. L'Encéphale 1910, Nr. 6, S. 677—696. (S. 189*.)

17. *Berliner, K.* (Gießen), Zur Klinik und Pathogenese der traumatisch bedingten psychischen Epilepsie. Klin. f. psych. u. nerv. Krkh., herausg. von R. Sommer, Bd. 5, H. 1, S. 44. (S. 188*.)

18. *Bernheim, H.*, Hypnotisme et suggestion, hystérie; psychonevrose, neurasthénie; psychothérapie. 3. Aufl. Paris, Doin et fils. 756 S. 10 fr.

19. *Biernacki* (Lemberg), Therapie der Epilepsie. Wien. klin. Wschr. Nr. 11. (S. 190*.)



20. *Bing*, *Rob.* (Basel), Neuere Beiträge zur Pathologie des Zentralnervensystems. Med. Klinik 1910, Nr. 2, S. 65 (Übersichtsreferat).

21. *Bircher*, *E.* (Aarau), Ein Beitrag zur operativen Behandlung der Epilepsie. Zentralbl. f. Chir. Nr. 1. (S. 21*.)

22. *Bioglio*, Les échanges urinaires dans les migraines. Origin. in Rivist. sperim. di freniatria 1907 refer. Annales médico-psychologiques 1910, S. 144. (S. 199*.)

23. *Buxbaum*, *B.*, Die physikalische Behandlung des Kopfschmerzes. Mon. f. d. physik.-diätet. Heilmethoden, Mai 1910. (S. 199*.)

24. *Binder*, *E.* (Berlin), Ein Fall von chronischen Hautblutungen bei Hysterie. Deutsche med. Wschr. Nr. 12, S. 562.

25. *Bamberger* (Grunewald-Berlin), Paroxysmale Tachykardie bei Morbus Basedowii. Deutsche med. Wschr. 1910, Nr. 30. S. 1403. (S. 211*.)

27. *Balint* und *Molnar*, Zur Pathogenese der Diarrhöen bei Basedowscher Krankheit. Orvosi Hetilap S. 641. (S. 210*.)

28. *Biedl*, Innere Sekretion. Ihre physiologischen Grundlagen und ihre Bedeutung für die Pathologie. Wien, Urban u. Schwarzenberg, 1910.

29. *Bühler*, *M.* (Tübingen), Lymphozytose bei Basedowscher Krankheit und bei Basedowoid. Münch. med. Wschr. Nr. 19. S. 1001. (S. 210*.)

30. *Bolten*, *G. C.*, Hysterischer Schlafanfall. Tijdschr. voor Geneesk. Nr. 20, 1910. (S. 207*.)

31. *Boncour*, *Paul*, Sur l'épilepsie infantile et son traitement par le bromure. Progrès médical 1910, Nr. 12, S. 163—166.

32. *Bornstein*, *A.*, und *Stroman*, *H.* (Hamburg, Göttingen), Einige Beobachtungen über den Stoffwechsel der Epileptiker. Arch. f. Psych. u. Nervenkrankh. Bd. 47, 1910, H. 1, S. 154 bis 162. (S. 187*.)

33. *Bregman*, *L. E.* (Warschau), Diagnostik der Nervenkrankheiten. 535 S. Berlin 1911, Karger. 12 M. (S. 193*.)

34. *Briand*, La mort dans l'état de mal épileptique. Rev. de méd. légale S. 197. (S. 185*.)

35. *Brown*, *D.*, The viscosity of the blood in epilepsy. Journ. of ment. Nr. 235, science S. 686. (S. 187*.)

36. *Buchbinder* (Lahr), Pupillenreaktionen im epileptischen Krampfanfall. Med. Klinik Nr. 21, S. 819. (S. 186*.)

37. *Buchbinder*, Einiges über den ursächlichen Zusammenhang von Fallsucht mit Dienstbeschädigungen. Deutsche militärärztl. Ztschr. Nr. 16. (S. 186*.)

38. *Butler*, *G. F.* (Chicago), Neurasthenia. The Alienist and neurologist. 1910, Vol. 31, Nr. 3, S. 392.

39. *Cambioni*, Contributo alla teoria tossica dell' épilessia. Rivist. di psych. S. 68. (S. 182*.)

40. *Carpi*, *Umberto* (Pavia), Über morphologische Blutveränderungen bei Struma und Morbus Basedowii. Berl. klin. Wschr. Nr. 45, S. 2059. (S. 210*.)

41. *Castin*, *P.*, Le traitement de l'état de mal épileptique par la ponction lombaire. L'encéphale Nr. 8, p. 120.

42. *Charpentier* et *Dupony*, Vols et automutilations d'origine épileptique chez un débile amoral. L'encéphale S. 592. (S. 189*.)

43. *Chvostek*, Diagnose und Therapie des Basedow. Wien. klin. Wschr. Nr. 6. (S. 209*.)

44. *Claude*, *H.*, et *Lejonne*, *P.*, Contribution à l'étude de la pathogénie des crises epileptiques. Epilepsia vol. 2, fasc. 1, p. 1. (S. 183*.)

45. *Cleaves*, *Marg. A.*, The autobiography of a neurasthene. Boston, G. Badger. 1,50 Dollar.

46. *Cluss*, *Fr.* (Ludwigsburg), Über Dauererfolge der operativen Behandlung der traumatischen Jacksonschen Epilepsie. Beiträge zur klin. Chir. Bd. 66, H. 2. (S. 191*.)

47. *Codivilla*, *A.*, Über Krampfanfälle nach orthopädischen Operationen. Deutsche med. Wschr. Nr. 46. (S. 185*.)

48. *Colin* et *Mignard*, Epilepsie et Paralysie générale. Ann. méd.-psychol. H. 3, S. 486. (S. 187*.)

49. *Cornelius*, *A.*, Die Nervenpunktlehre. Eine neue Erklärung der nervösen Leiden und ein Mittel, ihnen erfolgreich entgegenzutreten. Bd. 1, 140 S. Leipzig, G. Thieme. 3,60 M.

50. *Cramer*, *A.*, Psychotherapie. Ztschr. f. ärztl. Fortbildung 8. Jahrg., Nr. 4. (S. 203*.)

51. *Cramer*, *A.* (Göttingen), Zur Symptomatologie und Therapie der Angst. Deutsche med. Wschr. Nr. 32. (S. 198*.)




52. *Cruchet*, *R.*, Difficultés du diagnostic entre les crises épileptiques frustes et certains tics convulsifs hystériques. Gaz. des hôp. no. 51, 3. Mai, p. 725.

53. *Damaye*, *H.* (Bailleul), L'épilepsie; ses lésions meningo-corticales. Obnubilation intellectuelle et démence. L'Écho médical du Nord 10. Juli 1910. (S. 183*.)

54. *v. Dalmady*, Bemerkungen zur Symptomatologie und Therapie der Basedowschen Krankheit. Ztschr. f. physikal. u. diätet. Therapie, Juli 1910.

55. *v. Dalmady*, *Z.*, Basedowsche Krankheit. Ztschr. f. physikal. u. diätet. Therapie Bd. 14, H. 4.

56. *Daniel*, *G.*, Hysterie. Journ. de Bruxelles 1910, Nr. 32.

57. *Davidson*, Ovarian epilepsy and its treatment by operation. Edinb. Med. Journ. Nr. 4, S. 125, ref. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychol. Ref. S. 150. (S. 192*.)

58. *Diekmann*, *Karl*, Zur Symptomatologie einiger hysterischer Bewegungsstörungen. Inaug.-Diss. Breslau, April 1910.

59. *Domansky*, *W.*, Die äußeren Ursachen der Epilepsie. Inaug.-Diss. Halle. (Die Arbeit bringt nichts Neues.)

60. *Dubois*, *P.* (Bern), Die Psychoneurosen und ihre seelische Behandlung. Übersetzt von Ringier. Zweite Auflage. 484 S. Bern, A. Francke. 10 M. (S. 202*.)

61. *Eller*, Familiärer Kretinismus in Wien. Jahrb. f. Kinderheilk. Nr. 71, S. 585.

62. *Ellinger*, *A.*, und *Kotake*, *Y.* (Königsberg), Die Bromretention nach Verabreichung von Bromiden und ihre Beeinflussung durch Zufuhr von Kochsalz. Med. Klinik 1910, Nr. 38, S. 1474. (S. 191*.)

63. *Engländer*, Operative Behandlung des Morbus Basedowii. Wien. klin. Wschr. S. 1731.

64. *Euzière*, *J.*, et *Maillet*, *F.*, Les myoclonies épileptiques (à propos d'une observation de syndrome d'Unverricht). Gaz. des hôp. 1910, 83e ann., Nr. 64, juin, S. 927—929.

65. *Eysselt von Klimpély*, Weitere Erfolge und Erfahrungen bei der Behandlung des endemischen Kretinismus mit Schilddrüsensubstanz. Wien. med. Wschr. Nr. 7—14.



66. *Fasson, A.*, Crises périodiques d'aphasie, accompagnées d'hémiplégie et d'épilepsie jacksonnienne droite. Bull. de la soc. clinique de médecine mentale 1910, Nr. 3, S. 106—111. (S. 187*.)

67. *Federn, S.*, Morbus Basedowii. Wien. klin. Wschr. 1910 Nr. 23, S. 580. (S. 209*.)

68. *Fließ, W.*, Über den ursächlichen Zusammenhang zwischen Nase und Geschlechtsorgan. 2. Aufl. 60 S. Halle a. S., C. Marhold. (S. 200*.)

69. *Fornaca, Giacinto*, Il suicidio negli isterici. Rivista sperimentale di freniatria vol. 36, fasc. 1, p. 1.

69a. *Forssner*, Chorea minor. Jahrb. f. Kinderheilk. Bd. XXI, H. 1. (S. 208*.)

70. *Franz* (Berlin), Operativ behandelte Rindenepilepsie. Berl. klin. Wschr. 1910, Nr. 20. (Vortrag in der Berliner militärärztl. Gesellschaft.) (S. 191*.)

71. *Freud, Siegm.* (Wien), Drei Abhandlungen zur Sexualtheorie. 2. Aufl. 86 S. Leipzig und Wien 1910, Franz Deuticke. 2 M. (S. 195*.)

72. *Freud, Siegm.* (Wien), Eine Kindheitserinnerung des Leonardo da Vinci. 71 S. Wien 1910, Fr. Deuticke. 2,50 M. (S. 196*.)

73. *Frey, Ernst* (Jena), Die Ursache der Bromretention und die Verdrängung von Chlor durch Brom im Blute. Deutsche med. Wschr. 1910, Nr. 33, S. 1521. (S. 191*.)

74. *Friedländer, A.* (Hohe Mark i. T.), Hysterie und moderne Psychoanalyse. Psych.-neurol. Wschr. 1910, Nr. 45, S. 393.

75. *Friedländer* (Hohe Mark), Psychoneurose und Diabetes insipidus. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 3, H. 5. S. 581.

76. *Friedmann, M.* (Mannheim), Über die materielle Grundlage und die Prognose der Unfallneurose nach Gehirnerschütterung (Kommotionsneurose). Deutsche med. Wschr. Nr. 15, S. 698. (S. 200*.)

77. *Friedmann, M.* (Mannheim), Über lokalisierte Rückenwirbelempfindlichkeit bei Herzneurosen. Neurol. Zentralbl. Nr. 8. (S. 201*.)

78. *Friedrich, H.*, Gibt es Prädilektionszeiten für die Eclampsia gravidarum? Inaug.-Diss. Kiel 1910. (S. 188*.)

79. *Froehlich*, Über ambulante Epilepsiebehandlung mit besonderer Berücksichtigung des Sabromin. Therapie der Gegenwart 1910, H. 2.

80. *Frotscher*, Ein Beitrag zum Krankheitsbild der Chorea chronica progressiva. Arch. f. Psych. Bd. 47, H. 2. (S. 208*.)

81. *Fuchs*, *A.* (Wien), Pathogenese des epileptischen Anfalles. Wien. klin. Wschr. Nr. 17. (S. 184*.)

82. *Fuchs*, *A.* (Wien IX), Elektrische Untersuchungen mit Zuhilfenahme der myographischen Kurven. Jahrb. f. Psych. u. Neurol. Bd. 30.

83. *Gayarre*, *Miguel* (Madrid), Un caso de corea de Huntington. Revista frenopatica Española, anno 8, num. 88, p. 115.

84. *Gebele*, Zur Frage der Thymuspersistenz bei Morbus Basedowii. Arch. f. klin. Chir. 133. (S. 209*.)

85. *Gelma Eugène*, Du rôle de l'infection et de l'auto-intoxication dans l'apparition de l'attaque épileptique. Gaz. des hôp. Nr. 38. (Sammelbericht mit zahlreichen Literaturangaben.)

86. *Gerhardt* (Basel), Les troubles cardiaques chez les Basedoviens. Schweizerische Rundschau f. Med. Nr. 4, S. 120. (S. 211*.)

87. *German*, *H.* (Göttingen), Über Neuritis mit besonderer Berücksichtigung der Neuritis migrans. Inaug.-Diss. Göttingen 1910.

88. *Gibson*, *G. A.* (Edinburg), Die nervösen Erkrankungen des Herzens. Morison-Vorlesungen. 2. Auflage. Autorisierte Übersetzung von M. Heller, herausg. von F. Volhard. 99 S. Wiesbaden 1910, J. F. Bergmann. 2,80 M.

89. *Glas* (München), Beiträge zu den epileptischen Bewußtseinsstörungen mit Wandertrieb. Münch. med. Wschr. Nr. 9, S. 468. (S. 189*.)

90. *Goldberg*, *Hans*, Über die Erblichkeit der Basedowschen Krankheit. Inaug.-Diss. Berlin.

91. *Goldbladt*, *H.* (Kiew), Zur Symptomatologie der Hysterie. Münch. med. Wschr. 1910, Nr. 22, S. 1179.

92. *Gordon*, *A.*, An unusual prodromal manifestation of idiopathic epilepsy. Journ. of the American med. Assoc. Bd. 54, 15.



93. *Gruhle*, *H. W.* (Heidelberg), Über die Fortschritte in der Erkenntnis der Epilepsie in den letzten 10 Jahren und über das Wesen dieser Krankheit (Kritisches Sammelreferat.) Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Referate Bd. 2, H. 1, S. 1. (S. 182*)

94. *Guelpa*, *G.*, et *Marie*, *A.*, La lutte contre l'épilepsie par la désintoxication et par la rééducation alimentaire. Bull. général de thérapeutique no. 16, 30 Octobre, p. 616.

95. *Halberstadt*, *G.* (Saint-Venant), Contribution à l'étude des psychoses hystéro-dégénératives. Rev. de psych., juillet 1910, Nr. 7, S. 284. (S. 207*.)

96. *Halbey*, Einflüsse meteorologischer Erscheinungen auf epileptische Kranke. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Refer. S. 54. (S. 185*.)

97. *Hart*, *B.* (Epsom). The psychology of Freud and his school. The journal of mental science 1910. Vol. 56, Nr. 234, S. 431. (S. 195*.)

98. *Hartenberg*, *P.*, L'hystérie et les hystériques. Paris. Fél. Alcan. 285 S. 5,30 fr. (S. 205*.)

99. *Haškovec*, *L.* (Prag), Bemerkungen über psychasthenische Zustände. Wien. klin. Rundschau Nr. 13, S. 197. (S. 198*.)

100. *Hassin* and *Hershfield*, The treatment of chorea with large doses of arsenic. Med. Record Nr. 2069. (S. 208*.)

101. *Heilbronner*, *K.* (Utrecht), Über autonome Verstimmungen. Reichs-Med.-Anz. Jahrg. 35, Nr. 19, S. 289. (S. 198*.)

102. *Heinrich*, *R.*, Beiträge zur Diagnose und Therapie der genuinen Epilepsie. Epilepsia Bd. II, Nr. 3. (S. 190*.)

102a. *Hellpach* (Karlsruhe), Religiöse Wahnbildung bei thyreogener Erregung. Zeitschr. f. Religionspsychologie. (S. 211*.)

103. *Hempel* und *Berg* (Wuhlgarten), Über das Vorkommen und die Bedeutung des Babinskischen und Oppenheimschen Zeichens und des Mendel-Bechterewschen Fußrückenreflexes bei Epilepsie. Neurol. Zentralbl. 1910 Nr. 16, S. 850. (S. 186*.)

104. *Herz*, *Max* (Wien), Über die psychische Behandlung von Herzkranken. Wien. klin. Rundschau Nr. 5, S. 75. (S. 204*.)

105. *Hesnard*, *A.*, Sur un cas de confusion mentale aiguë typique au cours d'une chorée de Sydenham. L'Encéphale Nr. 9 p. 212. S. 208*.)




106. *Hiss*, *Carl*, Neurasthenie und ihre Behandlung mit Hochfrequenzströmen. Ztschr. f. physik. u. diät. Therapie. Januar 1910.

106a. *Hitschmann*, *E.*, Freuds Neurosenlehre. Leipzig u d Wien. Fr. Deuticke. (S. 194*.)

107. *v. Hösslin*, Zum Verlust der Patellarreflexe bei funktionellen Nervenkrankheiten. Neurol. Zentralbl. Nr. 15. (Polemische Auseinandersetzung.)

108. *Hughes*, *C. H.* (St. Louis), Neuro-rectal and recto-neural relations in surgery. The alienist and neurologist vol. 31, nr. 1, p. 65.

109. *Jaffe*, *A.*, Die Behandlung der Chorea minor mit Nervenmassage. Charité-Annalen XXXIV. (S. 209*.)

110. *Joedicke*, *P.* (Stettin), Über kombinierte Arsen-Eisen-Brom-Therapie bei Epilepsie. Psych.-Neurol. Wschr. Nr. 35, S. 331.

111. *Jones*, Bericht über die neuere englische und amerikanische Literatur zur klinischen Psychologie und Psychopathologie. Jahrb. f. psychoanalyt. u. psychopathol. Forschungen Bd. 2, S. 316. (S. 195*.)

112. *Jones*, *Ernest* (Toronto), On the nightmare. Amer. Journ. of Insanity vol. 66 nr. 3, p. 383. (S. 198*.)

113. *Jones*, *E.* (Toronto), The mental characteristics of chronic epilepsy. Maryland med. journ. Juli 1910. (S. 188*.)

114. *Jones*, *E.* (Toronto), A modern conception of the psycho-neuroses. Interstate med. journ. vol. 17, Nr. 8. (S. 195*.)

115. *Jones*, *E.* (Toronto), Simulated foolishness in hysteria. Americ. journ. of insanity vol. 67, Nr. 2, S. 279. (S. 207*.)

116. *Jones*, *E.* (Toronto), The practical value of the word-association method in the treatment of the psycho-neuroses. Rev. of Neurol. and Psych. November 1910, S. 641. (S. 195*.)

117. *Jones*, *E.* (Toronto), Freud's theory of dreams. Americ. journ of psych. April 1910, Vol. XXI, pp. 283—308. (S. 195*.)

118. *Jones*, *E.* (Toronto), Freud's psychology. Psych. Bull. April 1910. Vol. XVII, S. 109—128. (S. 195*.)



119. *Juarros, César* (Madrid), Valor del estado mental en el diagnóstico de las psiconeurosis. Archivos Españoles de Neurologia, Psiquiatria y Fisioterapia, tomo 1, num. 2, p. 40.

120. *Jung*, Referate über psychologische Arbeiten schweizerischer Autoren. Jahrb. f. psychoanalyt. u. psychopathol. Forsch. Bd. 2, S. 356. (S. 195*.)

121. *Juschtschenko, A.*, Untersuchungen über Autointoxikationen bei Geisteskranken und bei Tieren mit gestörter Schilddrüsenfunktion. Russ. Arzt Nr. 9, S. 160, ref. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Ref. S. 147.

122. *Juschtschenko, A.*, Katatonieähnliche Symptome bei Hunden mit exstirpierter Schilddrüse. Zur Physiologie der Schilddrüse. Revue f. Psych., Neurol. u. experimentelle Psychol. 1910 (russ.).

123. *Kahane, Max* (Wien), Neurasthenie beim Weibe. Wien. med. Wschr. 44 u. 45. (S. 200*.)

124. *Kanngießer, E.*, Ein Fall von Chorea minor mit fehlendem Patellarreflex und ein Fall von Epilepsie mit 13 jährigem Intervall. Münch. med. Wschr. Nr. 10. (Kasuistische Mitteilung.)

125. *Kanngießer*, Noktambulismus und epileptisches Äquivalent. Med. Klinik Nr. 6.

126. *Kappis, M.*, Über Lymphozytose des Blutes bei Basedow und Struma. Grenzgeb. d. Med. u. Chir. 729. (S. 210*.)

127. *Kaplan*, Die Nervenschwäche infolge von sexuellen Exzessen und sonstigen Ausschreitungen, auf Grund langjähriger spezialärztlicher Erfahrungen dargestellt, und ihre rationelle Behandlung. 214 S. Genf, Verlag Silvana. 1,50 fr.

128. *Kantorowicz* (Berlin), Die Therapie der nervösen Impotenz. Med. Klinik 1910, Nr. 26, S. 1019. (Allgemeine diätetische und medikamentöse Maßregeln und Empfehlung eines alkoholischen Extraktes der Yohimbinrinde.)

129. *Klose, H.* und *Vogt, H.*, Klinik und Biologie der Thymusdrüse mit besonderer Berücksichtigung ihrer Beziehungen zu Knochen- und Nervensystem. Tübingen, H. Laupp. 12 M. (S. 209*.)



130. *Knapp*, *P. C.*, (Boston), The reflexes in hysteria. Journ. of nervous and mental diseases. 1910, 37, 93. (S. 206*.)

131. *Knauer*, *A.* (München), Myographische und pneumographische Untersuchungen an einem epileptischen Kinde. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 3, H. 5, S. 625. (S. 185*.)

132. *Kocher*, Über Jodbasedow. Arch. f. klin. Chir. S. 1166. (S. 210*.)

133. *Kocher*, *Albert* (Bern), Die Behandlung der Basedowschen Krankheit. Münch. med. Wschr. Nr. 13, S. 677. (S. 211*.)

134. *Kocher*, *A.* (Bern), Ergebnisse histologischer und chemischer Untersuchungen von 160 Basedowfällen. Arch. f. klin. Chir. Bd. 92, H. 2. (S. 210*.)

135. *Kocher*, *Th.*, Zur Frühdiagnose der Basedowschen Krankheit. Korr.-Bl. f. Schweizer Ärzte S. 177. (S. 209*.)

136. *Kölpin*, *O.*, Hysterische Schlaf- und Dämmerzustände mit eigenartigen Augenstörungen. Neurol. Zentralbl. S. 226. (S. 207*.)

137. *Kolk*, *J. van der*, Ein paar Fälle von umschrieben bleibendem Beziehungswahn auf hysterischem Boden. Psych. en Neurol. Bladen 1910, Nr. 14, S. 202. (S. 207*.)

138. *Kolk*, *J. van der*, Zirkumskripte Autopsychose von Wernicke auf hysterischem Boden. Psych. en Neurol. Bl. 1913, 3.

139. *Kollarits*, *J.* (Budapest), Zur Diagnostik der neurasthenischen Schmerzen. Nervöses Herzklopfen und Angina pectoris. Deutsche med. Wschr. Nr. 16, S. 742. (S. 201*.)

140. *Kollarits*, *J.* (Budapest), Über das Zittern. Deutsche Ztschr. f. Nervenheilk. S. 438.

141. *Kuchendorf*, *D.* (Posen), Zwei Fälle von Basedowscher Krankheit durch Röntgenstrahlen sehr günstig beeinflußt. Deutsche med. Wschr. 1910, Nr. 21, S. 985.

142. *Kuckro* (Berlin), Einige seltene Fälle von chronischer Chorea. Med. Klinik 1910, Nr. 25, S. 982. (S. 208*.)

143. *Kutschera*, Die Übertragung des endemischen Kretinismus vom Menschen auf das Tier. Wien. klin. Wschr. S. 1593.

144. *Kuttner*, Baldrian-Therapie bei nervösen Störungen. Therapie der Gegenwart 1910, Nr. 8.

145. *Lallemant*, *E.*, et *Dupouy*, *R.*, Note sur le traitement des épileptiques par le lactate de calcium. Gaz. des hôp. Nr. 50, 30. April. S. 712. (S. 191*.)



146. *Lapinsky, M. N.*, Über einen eigenartigen Symptomenkomplex eines nervösen Leidens bei Frauen und seine Behandlung. Russki Wratsch (Russ. Arzt) 1910, Nr. 23. (S. 197*.)

147. *Látrány, A.*, Beziehungen der Urate zu der Epilepsie. Orrosi Hetilap Nr. 49, ref. Neurol. Zentralbl. 1911, Nr. 11, S. 614. (S. 191*.)

148. *Laudenheimer, R.* (Alsbach bei Darmstadt), Zur Behandlung und Theorie des Bromismus. Neurol. Zentralbl. Nr. 9, S. 461. (S. 190*.)

149. *Laufer*, Zirkumskriptes Myxödem bei einem Kretin. Wien. med. Wschr. S. 1447.

150. *Legrain* et *Marmier*, Hémorrhagie protubérantielle dans l'attaque d'épilepsie. Bull. de la société clinique de médecine mentale 1910, Nr. 3, S. 114—117. (S. 184*.)

151. *Lépine, R.*, Radiothérapie et maladie de Basedow. Revue de médecine 1910, 30, 41. (S. 211*.)

152. *Lévy, Paul-Émile* (Paris), Neurasthénie et névroses. Leur guérison définitive en cure libre. 2. Aufl. 407 S. Paris, F. Alcan. 4 fr.

153. *Lewandowsky, M.*, Handbuch der Neurologie. Berlin, Julius Springer. (S. 193*.)

154. *Liebe, G.* (Waldhof-Elgershausen), Zur Psychopathologie der Tuberkulose. Med. Klinik 1910, Nr. 15.

155. *Liebscher, C.* (Brünn), Über Sehstörungen nervösen Ursprungs. Mtschr. f. Psych. u. Neurol. 1910, Bd. 28, Ergänzungsheft, S. 147. (S. 201*.)

156. *Linenthal, H.*, Hysterical anaesthesia. Journ. of abnorm. Psychol. 5, 20, 1910.

157. *Littlejohn*, The treatment of epilepsia with Calcium salts. Lancet S. 118. (S. 191*.)

158. *Löwy, Max* (Marienbad), Stereotype „pseudokatatone" Bewegungen bei leichtester Bewußtseinsstörung (im „hysterischen" Ausnahmezustande). Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 1, H. 3, S. 330. (S. 208*.)

159. *Lorenz*, Operativ geheilter schwerer Basedow. Wien. klin. Wschr. 1660. (S. 211*.)

160. *Lots*, *F.* (Friedrichroda i. Th.), Zur Therapie der Kongestion. Deutsche med. Wschr. 1910, Nr. 21, S. 981.

161. *Lowinsky*, Zur Frage der operativen Behandlung des Morbus Basedowii. Therapie der Gegenwart 1910, H. 2.

162. *Lüders*, *F.*, Zur Lehre von den epileptischen Verwirrungszuständen. Inaug.-Diss. Kiel 1910. (S. 189*.)

163. *Maetzke* (Seidenberg), Über Sabromin bei Chorea. Deutsche med. Wschr. 1910, Nr. 30, S. 1412.

164. *Magnus-Alsleben*, *E.* (Basel), Über die nervösen Störungen der inneren Organe. Med. Klinik 1910, Nr. 3, S. 85.

165. *Mairet*, *A.*, et *Salager*, *E.*, La folie hystérique. 252 S. Paris. Masson et Cie. 6 fr.

166. *Marchand*, *L.* (Charenton), Des accès épileptiques atypiques. Revue de Psych. 6e série, 14e année, tome XIV, 1910, no. 4, p. 133—142. (S. 185*.)

167. *Marchand*, *L.*, et *Noüet*, *H.*, Épilepsie sénile. Constatations anatomo-pathologiques. Bull. de la société clinique de médecine mentale 1910, Nr. 3, S. 117—122. (S. 184*.)

168. *Marcinowski*, *J.*, Die Nervosität und Weltanschauung. 2. Aufl. 140 S. Berlin, O. Salle. 3 M.

169. *Margulies*, *Alexander* (Prag), Über die Bedeutung des Konstitutionalismus für die Ätiologie einiger Nervenkrankheiten (rezidivierende Okulomotoriuslähmung und toxische Polyneuritis). Med. Klinik 1910, Nr. 33—34. (S. 199*.)

170. *Marmier*, *R.*, et *Vallet*, *A.*, Épilepsie traumatique. Gaz. des hôp. no. 21, p. 281. (S. 183*.)

171. *Mendel*, *Kurt* (Berlin), Die Paralysis agitans. 106 S. Berlin. S. Karger, 1911. (S. 171*.)

172. *Mendel*, *F.* (Essen), Eine intravenöse Chemotherapie der Basedowschen Krankheit. Therapie der Gegenwart 1910, H. 2. (S. 211*.)

173. *Méndez*, *J.* (Buenos Aires), Patogenia y tratamiento de la epilepsia. Revista frenopática Española, año 8, num. 96. p. 353.

174. *Meyer*, *S.* (Danzig), Die Diagnose der Hysterie. Med. Klinik 1910, Nr. 7, S. 259. (S. 205*.)

175. *Michalek*, Der Einfluß meteorologischer Schwankungen auf epileptische Anfälle. Casop. lék. cesk. Nr. 20. (S. 185*.)

176. *Michailow, W.*, Der gegenwärtige Stand der Frage von der Röntgentherapie der Basedowschen Krankheit. Prakt. Arzt (russ.) 4, 163, 1910.

177. *Momm, W.*, Epileptische Dämmerzustände mit Wandertrieb. Inaug.-Diss. Kiel. (S. 189*.)

178. *Most, Aug.* (Breslau), Zur Kasuistik der Hysterie und Fremdkörper im Darme. Berl. klin. Wschr. 1910, Nr. 22, S. 1015. (S. 206*.)

179. *Müller, Ch.*, Über morphologische Blutveränderungen bei Struma. Med. Klinik S. 1340.

180. *Müller, E. H.* (Zürich), Einige Beziehungen des Alkoholismus zur Ätiologie der Epilepsie. Mtschr. f. Psych. u. Neurol. 1910, Bd. 28, Ergänzungsheft, S. 1. (S. 183*.)

181. *Müller, E. H.*, Einige Beziehungen des Alkoholismus zur Ätiologie der Epilepsie. Berlin, S. Karger. 1 M. (S. 183*.)

182. *Munk, Fr.* (Berlin), Über die Wirkung künstlicher Kohlensäure- und Sauerstoff (Ozet)-Bäder bei Nervenkranken. Med. Klinik 1910, Nr. 7, S. 261.

183. *Munson*, Death in epilepsy. Medical record Bd. 77. (S. 185*.)

184. *Muskens*, Pathologisch-physiologische Untersuchungen bei der Epilepsie. Refer. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 1, S. 768. (S. 184*.)

185. *Neiditsch*, Über den gegenwärtigen Stand der Freudschen Psychologie in Rußland. Jahrb. f. psychoanalyt. u. psychopath. Forsch. Bd. 2, S. 347.

186. *Neutra, Wilh.*, Briefe an nervöse Frauen. 288 S. Dresden, H. Minden. 3 M. (S. 203*).

187. *Ohlemann* (Wiesbaden), Über Augensymptome beim Morbus Basedowii. Arch. f. Augenheilk. Bd. 66, H. 1.

188. *Ohlmacher, A. P.*, Calcium salts in the treatment of epilepsy. Journ. of Amer. med. Assoc. I, III Nr. 7.

189. *Olivier* und *Boidard*, Deux cas d'hypothermie chez des épileptiques. Revue de psych. Nr. 9, p. 362.

190. *Oppenheim, H.* (Berlin), Zum „Nil nocere“ in der Neur[illegible] Berl. klin. Wschr. Nr. 5, S. 198. (S. 204*.)





191. *Otto, K. L.*, Über Struma bei Morbus Basedowii. Inaug.-Diss. Tübingen 1910. (S. 209*.)

192. *Pactet*, Tentative d'incendie volontaire et épilepsie. Ann. méd.-psychol. 68. Jahrg., Nr. 1, S. 116. (S. 189*.)

193. *Page, M.*, La toxémie neurasthénique. 244 S. Paris 1910, Verlag von Vigot frères. 3 fr.

194. *Parhon*, Contribution à l'étude de la pathogénie et du traitement de la migraine. Rev. neur. S. 257.

195. *Parisot*, La glycosurie dans la maladie de Basedow et l'hyperthyreoidie. Le progrès médical S. 223 u. 245, ref. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Ref. S. 617. (S. 209*.)

196. *Perry, M. L.*, The role of cerebral lesions in infancy and childhood in the causation of epilepsy. Med. Rec. Nr. 2049. (S. 184*.)

197. *Pfister, Oskar* (Pfarrer Dr.) (Zürich), Zur Psychologie des hysterischen Madonnenkultus. Zentralbl. f. Psychoanalyse (Herausgeber: Freud; Verleger: Bergmann Wiesbaden) Jahrg. 1, H. 1—2, S. 30. (S. 196*, 207*.)

198. *Pfister, O.* (Zürich), Die Frömmigkeit des Grafen Ludwig von Zinzendorf. Leipzig und Wien, Fr. Deuticke. (S. 196*.)

199. *Pfister, O.* (Zürich), Analytische Untersuchungen über die Psychologie des Hasses und der Versöhnung. Jahrb. f. psychoanalyt. u. psychopath. Forsch. Bd. 2, S. 134. (S. 199*.)

200. *Pietrowski, Klara*, Beitrag zur Hysterie der Kinder. Inaug.-Diss. Kiel 1910.

201. *Platonow, K. J.*, Hysterische Echokynesis und Echolalie. Korsakoffsches Journ. f. Neuropath. u. Psych. 1910 H. 1 (russisch). (S. 206*.)

202. *Polland*, Auffallende Kratzeffekte bei einer Hysterica. Dermatolog. Ztschr. 1910, Bd. 17, H. 8.

203. *Porosz, Moriz* (Budapest), Über von der Prostata verursachte Pollutionen, Spermatorrhöe und Impotenz. Berl. klin. Wschr. Nr. 4.

204. *Raecke*, Neurasthenische Bewußtseinsstörung. Friedreichs Blätter f. gerichtl. Med. (S. 202*.)

205. *Redlich, E., Pötzl, O.*, und *Hess, L.* (Wien), Untersuchungen über das Verhalten des Liquor cerebrospinalis bei der Epilepsie. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 2, H. 5 S. 715. (S. 187*.)



206. *Rémond*, *A.*, und *Voivenel*, *P.* (Toulouse), Essai sur la séméiologie et la pathologie de l'hystérie infantile. Médecine moderne, 5. November 1910. (S. 206*.)

207. *Reiss*, *E.* (Frankfurt a. M.), Die elektrische Entartungsreaktion. Berlin, J. Springer, 1911. (S. 202*.)

208. *Riklin*, *F.*, Aus der Analyse einer Zwangsneurose. Jahrb. f. psychoanalyt. u. psychopath. Forsch. Bd. 2, S. 246. (S. 196*.)

209. *Robinson*, *D. B.*, Hysterical tetanus. Journ. of the Americ. med. Bd. 54, 18. Ref. Berl. klin. Wschr. 1910, Nr. 32, S. 1512.

210. *Römer*, *Hans* (Illenau), Klinischer Beitrag zur Lehre der Dipsomanie und der psychischen Epilepsie. Klin. f. psych. u. nerv. Krkh., herausg. von R. Sommer, Bd. 4, H. 4, S. 277. (S. 188*.)

211. *Römer*, *H.* (Illenau), Symptomatologie und Genealogie der psychischen Epilepsie und der epileptischen Verstimmung. Allg. Ztschr. f. Psych. Bd. 67, H. 4. (S. 188*.)

212. *Römheld*, Gefahren der Jodmedikation, Jodempfindlichkeit und Jodbasedow. Med. Klinik S. 1930. (S. 211*.)

213. *Rodiet*, Troubles digestifs et crises d'épilepsie. Le progrès médical S. 419. (S. 184*, 190*.)

214. *Rodiet*, *A.*, Les heures des crises d'épilepsie. Arch. de Neurol. 1910, 2 añ., I, p. 185—189.

215. *Rodiet* et *Lallemand*, Général effet du régime végétarien sur l'état et les poids des épileptiques. Arch. gén. de Méd. 200, 129. (S. 190*.)

216. *Rodiet*, *Lallement* et *Roux*, De l'application du régime végétarien aux épileptiques. Ann. méd.-psychol. Jahrg. 68, Nr. 3 (Nov.—Déc.), p. 387. (S. 190*.)

217. *v. Romberg* (Tübingen), Über Wesen und Behandlung der Hysterie. Deutsche med. Wschr. Nr. 16, S. 758. (S. 205*.)

218. *Rosenthal*, *Stefan* (Wien), Das Verhalten der antiproteolytischen Substanzen im Blutserum bei der Epilepsie. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 3, H. 5, S. 588. (S. 218*.)

219. *Roth*, *Nikolaus* (Budapest), Blutuntersuchungen bei Morbus Basedowii. Deutsche med. Wschr. Nr. 6, S. 258. (S. 210*.)

220. *Rudnew*, Über Epilepsie und epileptischen Automatismus. Korsakowsches Journ. f. Neuropath. u. Psych. Bd. 10, S. 254. (S. 189*.)

221. *Sachs*, *E.*, Status epilepticus und Schwangerschaft. Mtschr. f. Geburtsh. u. Gynäkol. S. 649. (S. 192*.)

222. *Sadger*, *J.*, Ein Fall von multipler Perversion mit hysterischen Absenzen. Jahrb. f. psychoanalyt. u. psychopath. Forsch. Bd. 2, S. 59. (S. 207*.)

223. *Sanz*, *E. F.* (Madrid), La emoción como factor patogenico de los accidentes neuropáticos. Archivos Españoles de neurologia, psiquiatria y fisioterapia, tomo 1, num. 4, p. 126.

223 a. *Sauerwald* (Kiel), Chorea minor mit Psychose. I.-D. Kiel. (S. 208*.)

224. *Savy*, *P.* (Lyon), L'hémiplégie hystérique chez le vieillard. La clinique de 24. june 1910. Ref.: Revue de psych. 11, p. 475.

225. *Schmidt*, *O.* (Ulm), Basedowsche Krankheit und ihre unvollkommenen Formen. Deutsche militärärztl. Ztschr. Nr. 19.

226. *Schnitzer*, Zum gegenwärtigen Stande der Epilepsiebehandlung. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Referate S. 148. (S. 191*.)

227. *Schnyder*, *L.* (Bern), Der Kopfschmerz bei Neuropathen. Revue méd. de la Suisse Romande 1910, Nr. 8. Ref.: Berl. klin. Wschr. 1910, Nr. 39, S. 1806. (S. 199*.)

228. *Schultze*, *E.* (Greifswald), Chronische progressive Chorea. Volkmanns Sammlung klin. Vorträge. 1,50 M. Leipzig 1910. J. A. Barth. (S. 208*.)

229. *Seemann* (Berlin), Behandlung der Hysterie und Neurasthenie. Prag. med. Wschr. Nr. 25. Ref.: Deutsche med. Wschr. 1910, Nr. 27, S. 1291.

230. *Senator*, *M.* (Berlin), Zur Behandlung der Aphonia hysterica. Berl. klin. Wschr. 1910, Nr. 29, S. 1369. (S. 206*.)

231. *Sicard*, *J. A.*, Inutilité ou danger des trépanations successives au cours d'épilepsie traumatique. Revue de psychiatrie tome 14, Nr. 10, p. 420. (S. 192*.)

232. *Siegmund*, *A.*, Schilddrüse und Epilepsie. Med. Klinik S. 702. (S. 212*.)

233. *Siegmund*, *Arnold* (Berlin W., Uhlandstr. 47), Schilddrüse und Wundheilung. Deutsche Ztschr. f. Chir. Bd. 105, S. 384. (S. 212*.)

234. *Siegmund*, *A.* (Berlin-Wilmersdorf W., Uhlandstr. 47), Schilddrüsenschwäche und Zuckerhunger. Deutsche med. Wschr. Nr. 21, S. 990. (S. 212*.)

235. *Siegmund*, *A.*, Schilddrüse und Epilepsie. Med. Klinik 1910, Nr. 6, S. 702. Ref.: Alzheimer-Lewandowsky Bd. 1, H. 5, S. 381. (S. 183*.)

236. *Sollier*, *P.* (Boulogne sur Seine), Névroses et folie. Arch. de Neurol. 1910, 2e añ., I, p. 161—172.

237. *Soukhanoff*, *S.* (St. Petersburg), Du caractère épileptique. Revue de psych. 1910, no. 6, p. 221. (S. 188*.)

238. *Stcherback*, *Alexander*, Psychomotorische Buchstabenhalluzinationen und andere Erscheinungen infolge Reizung der kortikalen Buchstabenzentren bei Jacksonscher Epilepsie. Revue de méd. Nr. 10. Ref.: Berl. klin. Wschr. Nr. 44, S. 2027. (S. 187*.)

239. *Stcherback*, *A.*, Hallucinations psychomotrices littérales et autres phénomènes dus à l'excitation des centres corticaux des lettres dans l'épilepsie Jacksonienne. Revue de méd. Nr. 10, p. 848. (S. 187*.)

240. *Stekel*, *W.* (Wien), Zwangszustände, ihre psychischen Wurzeln und ihre Heilung. Med. Klinik 1910, Nr. 5—7. (S. 203*.)

241. *Steiner*, *Gabr.* (Straßburg), Epilepsie und Gliom. Arch. f. Psych. Bd. 46, H. 3, S. 1091. (S. 184*.)

242. *Stewart*, *P.* (London), Die Diagnose der Nervenkrankheiten. Nach der 2. Auflage ins Deutsche übertragen von Paul Hein (Schönfließ). Mit 2 Tafeln und 208 Abbildungen. 497 S. Leipzig 1910, F. C. W. Vogel. 10 M. (S. 192*.)

243. *Stoelzner*, Hypothyreoidie im Kindesalter. Jahrb. f. Kinderheilk. S. 179. (S. 212*.)

244. *Strauß*, *H.* (Berlin), Praktische Winke für die chlorarme Ernährung. 41 S. Berlin 1910, S. Karger. 1 M.

245. *Tarrius*, Anorexie mentale. Maigreur extrême. Traitement par la thyroidine. Guérison. La Médecine practique 1910, 18, H. 1, 2—8. Ref.: Alzheimer-Lewandowsky Bd. 1, H. 8, S. 631.



246. *Taylor*, Traitement de l'épilepsie. Bull. général de thérapeutique du 23. juillet 1910. Ref.: Revue de psych. 11, p. 474.
247. *Tilmann*, Die chirurgische Behandlung der traumatischen Epilepsie. Arch. f. klin. Chir. Bd. 92, S. 496. (S. 192*.)
248. *Treupel*, *G.* (Frankfurt a. M.), Ist die von Max Herz beschriebene „Phrenokardie" eine scharf abzugrenzende Form der Herzneurosen. Münch. med. Wschr. 1909, Nr. 22. (S. 201*.)
249. *Treupel*, *G.*, (Frankfurt a. M.) Über Herzneurosen. Münch. med. Wschr. 1909, Nr. 47.
250. *Tschisch*, *W. F.*, Zur Lehre von der Neurasthenie. Wratschebnaja gazeta (Ärztliche Zeitung) 1910, Nr. 1—7, 9 (russisch). (S. 197*.)
251. *Turner*, *W. A.*, Three lectures of epilepsie. London, J. F. Mackenzie. 3 sh 6 d.
252. *Turner*, *William Aldren*, The problem of epilepsie. Epilepsia vol. 2, fasc. 1, p. 13.
253. *Ulrich*, *A.* (Zürich), Über die praktische Verwendung des Kochsalzes in der Behandlung der Epilepsie. Neurol. Zentralbl. 1910, Nr. 2, S. 74. (S. 190*.)
254. *Ulrich*, *A.* (Zürich), Weitere Mitteilungen über die praktische Verwendung des Kochsalzes in der Behandlung der Epilepsie. Münch. med. Wschr. 1910, Nr. 22, S. 1173. (S. 190*.)
255. *Vallet*, *A.*, et *Marmier*, *R.*, Auras épileptiques. Revue de psych., Tome 14, Nr. 3, p. 95. (S. 185*.)
256. *Vidoni*, *G.*, und *Gatti*, *S.*, Blutuntersuchungen bei Epilepsie. Gazz. d. ospedali Nr. 120. Ref.: Deutsche med. Wschr. Nr. 44, S. 2066.
257. *Villanova*, *R.* (Zaragoza), La neurasthenia y los periódicos. Revista frenopática española 1910, Nr. 91, p. 202.
258. *Viollet*, *M.*, Un composé albuminoïde du brome et ses applications dans l'épilepsie. Archives de neurologie Nr. 11, p. 275. Revue de psych. 11, XLI.
259. *Veraguth*, *Otto* (Zürich), Neurasthenie. Berlin, J. Springer, 165 S. 3,60 M. (S. 193*.)
260. *Voisin*, *R.*, et *Rendu*, *A.*, La pression sanguine dans l'épilepsie essentielle. Gaz. des hôp. 1910 Nr. 70, p. 1011—1013. Ref.: Deutsche med. Wschr. 1910 no. 30, p. 1419.



261. *Volland* (Bethel b. Bielefeld), Organuntersuchungen bei Epilepsie. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 3, H. 3, S. 307. (S. 185*.)

262. *Waldvogel* (Göttingen), Über Gastrospasmus. Münch. med. Wschr. 1911, Nr. 2. (S. 201*.)

263. *Wendenburg*, *K.* (Osnabrück), Über Chorea infectiosa und Chorea hysterica. Mtschr. f. Psych. u. Neurol. 1910, Bd. 28, H. 3, S. 232. (S. 208*.)

264. *White*, *W. A.* (Washington), Current conceptions of hysteria. Interstate medical journal vol. 17, no. 1. (S. 205*.)

265. *Westphal*, *A.*, Über hysterische Gehstörungen. Allg. Ztschr. f. Psych. Bd. 67, H. 6, S. 953.

266. Wiener psychoanalytischer Verein, Über den Selbstmord, insbesondere über den Schülerselbstmord. Wiesbaden, J. F. Bergmann 1910. (S. 196*.)

267. *Wiersma*, Die Psychologie der Epilepsie. Fol. neurobiolog. Bd. 3, S. 417. (S. 188*.)

268. *Williams*, *Tom A.* (Washington, D. C.), Chronic headache: neurological advances regarding its diagnosis and treatment. The Charlotte medical journal, january 1910.

269. *Williams*, *Tom A.* (Washington, D. C.), So called reflex neurotic symptoms and the psychic factor. New York med. journ. february 1910. (S. 202*.)

270. *Williams*, *Tom A.* (Washington, D. C.), A case of traumatic neurosis, illustrating succesfull psychotherapie. Internat. journ. of surgery july 1909. (S. 204*.)

271. *Windscheid*, *Frz.*, Die Diagnose und Therapie des Kopfschmerzes. 2. Aufl. Halle, C. Marhold. 68 Seiten. 2 M. (S. 199*.)

272. *Wölfflin*, *E.*, Über ein seltenes Gesichtsfeldsymptom bei Hysterie. Arch. f. Augenheilk. S. 309. Ref.: Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. 2, S. 156.

273. *Wolfsohn*, *G.* (Berlin), Experimentelles zum Wesen der Basedowkrankheit. Zentralbl. f. Chir. 1910 Nr. 31. Ref.: Deutsche med. Wschr. 1910 Nr. 33, S. 1538.

274. *Wulf*, *M.* (Lankwitz-Berlin), Beitrag zur Lehre von der Herzneurose (Angstneurose). Deutsche med. Wschr. 1910 Nr. 2, S. 74. (S. 201*.)



275. *Wunder*, Über die Wirkung von Sauerstoff-(Ozet-)Bädern auf den Stoffwechsel bei Basedowscher Krankheit. Med. Klinik 1910 Nr. 6, S. 670. Ref.: Alzheimer-Lewandowsky Bd. I, H. 5, S. 380.

276. *Zander*, *R.* (Königsberg), Vom Nervensystem, seinem Bau und seiner Bedeutung für Leib und Seele im gesunden und kranken Zustande. Aus Natur u. Geisteswelt, Bd. 48, II. Aufl. Leipzig, Teubner, 146 S. 1,00 M. (S. 192*.)

277. *Ziveri*, *A.* (Brescia), La cura sottocutanea di liquido cefalorachideo nella epilessia e in alcune psicosi ha qualche utilità? Gazz. degli ospedali e delle chliniche Nr. 25.

A. Epilepsie.

W. Gruhle (93) gibt ein kritisches Referat über Arbeiten der letzten 10 Jahre aus dem Gesamtgebiet der Epilepsie. In einem allgemeinen Teil werden die Schwierigkeiten der Grenzbestimmung und Nomenklatur besprochen. Daraus resultieren eine Anzahl falscher Anschauungen; namentlich wird auch getadelt, daß von vielen Autoren nicht genau angegeben wird, wie sie das Krankheitsbild, das sie als Epilepsie bezeichnen, umschrieben haben. Als „genuin" bezeichnet Verfasser auch jetzt noch die ätiologisch unklare Form der Epilepsie (idiopathisch, echt), ihr stellt er eine symptomatische, also ätiologisch bekannte Form gegenüber. Beide Formen können zur Verblödung führen — demente Epilepsie, oder die Persönlichkeit intakt lassen — degenerative Epilepsie; wenn ein sicherer anatomischer Befund zugrunde liegt, spricht er von anatomischer Epilepsie; gegen die Aufstellung einer eigenen Form der psychischen Epilepsie wendet sich Verfasser und betont mit Recht, daß dadurch noch mehr Unklarheit hineingetragen würde.

Die Einzelheiten enthalten eine ausführliche kritische Darstellung der Beziehungen zwischen Eklampsie und Epilepsie. Auch bei den Verstimmungs- und Fugueszuständen wird betont, daß sie in keiner Weise ein eindeutiges Zeichen der Epilepsie sind. Mit Recht wird die Annahme, eine Hysteroepilepsie sei ein eigenes Krankheitsbild, abgelehnt.

Eine Erklärung der Ansichten über Epilepsie ergibt dieses kritisch gehaltene Referat nicht und hat dies wohl auch nicht beabsichtigt.

Turner (251, 252) gibt in zwei Arbeiten allgemeine Ansichten über Epilepsie, die im ganzen denen seiner Publikationen vom vorigen Jahr entsprechen. Ausführlich werden ätiologische Fragen erörtert; dabei soll in Deutschland hereditäre Belastung, in Frankreich Alkoholismus prävalieren. Die Hypnose als Mittel zur Differentialdiagnose zwischen hysterischem und epileptischem Anfall dürfte wenig aussichtsreich sein; bedeutsamer ist das transitorische Auftreten des Babinski nach manchen epileptischen Anfällen.

Bei der Ätiologie möchte *Cambioni* (39) die Zunahme der eosinophilen Zellen im Blut im Intervall zwischen epileptischen Anfällen, ihre Abnahme während

des Anfalls als eine Reaktion des Organismus gegenüber Toxinen erklären und dies Verhalten zugunsten einer autotoxischen Entstehung der Epilepsie deuten.

Damaye (53) verbreitet sich allgemein über die Ätiologie der Epilepsie. Er schließt sich *Joffroy* an, der an angeborene epileptische Prädisposition glaubt („aptitude convulsive"). Häufiger als Geisteskrankheiten ist sie gepaart mit körperlichen und psychischen Entartungszeichen. Infektionen, Autointoxikationen, Traumen können die angeborene, bis dahin latente Prädisposition wecken, aber nicht erzeugen. Dauer und Intensität der Epilepsie bestimmen erst die anatomischen und histologischen Hirnveränderungen. Wenn bei fieberhaften Erkrankungen die Anfälle seltener werden, so ist das nicht Neutralisation eines Giftes durch ein anderes Toxin, sondern einfache Erschöpfung der über-labilen zerebralen Elemente. Die Epilepsie ist also nach dieser Auffassung im Beginn eine Neurose ohne organische Veränderungen und wird erst im weiteren Verlauf eine organische Nervenkrankheit.

E. H. Müller (180, 181) behandelt in zwei Arbeiten in sehr objektiver und kritischer Weise den ätiologischen Einfluß des Alkoholismus für die Epilepsie. Sein statistisches Material zeigt, daß die Zeugungskurve der Epileptiker den alkoholreichen Jahreszeiten (Feste usw.) entspricht. Ebenso hat er eine Reihe instruktiver Individualstammbäume gesammelt, in denen Alkoholismus in der Aszendenz der Epileptiker, und zwar sehr häufig bei den Großeltern mütterlicherseits, vorkommt, während eine gleichartige Belastung mit Epilepsie selten ist. Bei gesunden Individuen erzeugt der Alkohol keine Epilepsie, auch nicht bei chronischem Genuß, aber er vermag eine vorhandene epileptische Anlage zu steigern und sie manifest werden zu lassen. Der Alkoholgenuß stillender Frauen kann Krämpfe der Säuglinge hervorrufen.

Die Mitteilung von *Siegmund* (232) schildert ein 9jähriges Kind mit Anfällen, die mit Symptomen des petit mal beginnen und dann in eine Migräneattacke mit Erbrechen übergehen. Das Kind hat eine kleine, wenig gut entwickelte Schilddrüse und außerdem ist der rechte Arm schwach, atrophisch, die Hand kalt und steif; nach einem Anfall war auch das rechte Bein etwas lahm. Die Reflexe werden nicht geschildert. Schilddrüsentherapie hat die Anfälle und auch das Gesamtverhalten wesentlich gebessert. Deshalb aber diese Epilepsie als Folge der Schilddrüsenschwäche aufzufassen, dürfte zu weitgehend sein; in erster Linie wird es sich hier doch um einen enzephalitischen Prozeß handeln.

Claude und *Lejonne* (44) riefen durch subdurale Verletzungen mit Chlorzink meningitische kortikale Herde in der Gegend der Zentralwindungen bei Hunden hervor. Diese erzeugten vorübergehende symptomatische Krämpfe, darnach wieder völlige Gesundheit. Wurde einige Monate später eine chronische Strychninvergiftung eingeleitet, so entstand — nur bei den verätzten Tieren — eine genuine Epilepsie.

Marmier und *Vallet* (170) geben eine Abhandlung über traumatische Epilepsie, die nach einer geschichtlichen Einleitung als wichtigste physiologische Tatsache die Erregbarkeit der Hirnrinde und die Lokalisation bespricht, daraus folgert, daß von allen Stellen des Gehirns und auch von der Peripherie des Körpers eine traumatische Epilepsie ausgelöst werden könne. Bei der Erklärung der Wirkung eines Traumas werden alle möglichen Theorien angeführt; eine genügende Er-



klärung dafür, daß gelegentlich dasselbe Trauma eine schwere Epilepsie hervorruft, im anderen Falle aber nicht, geben die Verfasser nicht. Deshalb sind auch die weiteren Ausführungen über Klinik, Verlauf und Vorkommen der traumatischen Epilepsie nicht befriedigend: Das, was die Verfasser schildern, sind vielfach Fälle, bei denen das Trauma nur die auslösende Ursache auf einem prädisponierten Boden war; es erscheint deshalb überhaupt bedenklich, die „traumatische Epilepsie" als eine scharf umschriebene klinische Einheit aufzustellen. Bei der Diagnose werden die äußeren Erkennungszeichen eines stattgehabten Traumas, ferner besondere Formen der Aura, die auf eine umschriebene Hirnlokalisation hinweisen, erwähnt; merkwürdigerweise gedenken die Verfasser aber nicht der besonderen Typen im Ablauf des Anfalls, der Bevorzugung einer Extremitätenseite, die man häufig bei lokalisierter Epilepsie findet.

Von *Perry* (196) wird mit Recht die Wichtigkeit kindlicher zerebraler Erkrankungen als Ursache späterer sogenannter genuiner Epilepsie betont und eine Anzahl von entsprechenden Fällen beschrieben.

Marchand und *Nouet* (167) beschreiben als senile Epilepsie den Fall einer 54jährigen Frau mit schweren arteriosklerotischen Hirnveränderungen.

Steiner (241) beschreibt ausführlich einen Fall von Epilepsie, die im 25. Jahre einsetzte und im 32. Jahre zum Tod führte. Hier fand sich eine herdförmige, schon makroskopisch als Tumor erkennbare und daneben diffuse Rindengliose. Die Literatur über Ammonshornsklerose und Rindengliose wird ausführlich besprochen. Verfasser glaubt, daß in seinem Fall der herdförmigen wie der diffusen Gliose eine gemeinsame degenerative Anlage zugrunde liege. Trotz einiger Abweichungen im klinischen Bild und Verlauf (später Beginn, Anfälle von Jacksonschem Typus) rechnet Verfasser den Fall zur genuinen Epilepsie.

Legrain und *Ma mier* (150) fanden bei einem schwachsinnigen Epileptiker, der im Status starb, als Todesursache eine frische Blutung, durch welche die Brücke völlig zerstört worden war.

Rodiet (213) weist von neuem auf die schon lange bekannte Bedeutung der Verdauungsstörungen für die Auslösung epileptischer Anfälle hin. Er glaubt, daß es sich um eine intestinale Autointoxikation infolge gestörter Eiweißverdauung handelt; als Zeichen derselben treten im Urin Indikan und Skatol auf.

Fuchs (81) geht von der Beobachtung *Ziehens* aus, daß die klonischen Krämpfe von der Rinde, die tonischen von den subkortikalen Zentren ausgelöst werden, und hat dies an eigenen Experimenten bestätigt gefunden. Bei der menschlichen Epilepsie tritt beim Jacksonschen Typus hauptsächlich die kortikale Komponente, bei der genuinen die subkortikale Komponente hervor. Die Brompräparate können die kortikale Erregbarkeit herabsetzen; darauf beruht ihre therapeutische Wirkung. Ferner kann die Bromwirkung einzelne Innervationsdifferenzen, die auf Hemisphärenläsion zurückzuführen sind, schärfer hervortreten lassen, indem sie z. B. die von vornherein schwächeren Reflexe zuerst und stärker dämpft; diese Tatsache kann diagnostisch verwertet werden.

In einer experimentellen Untersuchung von *Muskens* (184) wird gezeigt, daß bei traumatisch oder toxisch erhöhter Erregbarkeit des Gehirns gewöhnliche



sensible oder sensorische Reize auf reflektorischem Wege eine Übererregbarkeit des Gehirns verursachen.

Halbey (96) und *Michalek* (175) besprechen den Einfluß meteorologischer Erscheinungen auf die epileptischen Anfälle. Die Anfälle sind unabhängig von der Monatstemperatur; nur bei exzessiver hoher Temperatur und hoher Luftfeuchtigkeit können gelegentlich epileptische Anfälle ausgelöst werden. Besonnung und Bewölkung, Niederschläge sind ohne Einfluß. Plötzliche Schwankungen des barometrischen Drucks können Anfälle auslösen, während die absolute Höhe oder Tiefe des Barometerstandes keinen Einfluß hat. Bei gehäuften Gewittern können epileptische Anfälle auftreten.

Zur Symptomatologie des epileptischen Anfalls geben *Vallet* und *Ma·mier* (255) einen Beitrag zur Kenntnis der Aura. Ein Epileptiker, bei dem der Anfall durch eine akustische Aura eingeleitet wird: er hört Musik und eine Stimme, die sagt: Hier ist guter Käse. Die Verfasser bringen noch mehrere Fälle aus der Literatur und zeigen die nahen Beziehungen dieser sensorischen Aura zu Halluzinationen.

Marchand (166) unterscheidet als typische, wenn auch ineinander übergehende Formen die großen Anfälle und die Absenzen. Als atypische Anfälle bezeichnet er solche, bei welchen die eine der beiden Phasen (tonische und klonische) fehlt oder von ungewöhnlich langer Dauer ist, und Anfälle von apoplektischer Form.

Knauer (131) hat bei einem epileptischen Kinde durch längere Zeit fortgeführte graphische Aufzeichnungen der Muskel- und Atembewegungen Einzelheiten des Krampfanfalles analysiert. Sie zeigen eine Beteiligung der Hirnrinde auch bei der Erzeugung des tonischen Krampfes, das klonische Stadium ist nur eine Auflösung des tonischen Krampfes in Einzeltetanie. Der Atemmuskeltonus wird während des Anfalls häufig sehr stark erniedrigt, was nicht als sekundäre Erschöpfung, sondern als aktive (Reiz-) Erscheinung aufzufassen ist.

Codivilla (47) faßt die nach orthopädischen Eingriffen vorübergehend oder dauernd auftretenden epileptischen Erscheinungen als Reaktion auf die Dehnung von Nervenbahnen in den dem Zug ausgesetzten Weichteilen auf. Es handelt sich dabei nicht, wie *Schanz* meint, um zerebrale Fettembolien. Häufig sind es neuropathische Individuen, die in dieser Weise reagieren.

Briand (34) fand als Todesursache bei einem Epileptiker, der auf das Gesicht gefallen war, Blutungen am Boden der Rautengrube.

Munson (183) gibt eine Statistik über die Todesursachen von 582 Epileptikern. Darunter starben 160 an Lungenentzündung (es ist aber nicht gesagt, wie viele dieser Lungenentzündungen Folgezustände von epileptischen Anfällen waren). Bei 110 Fällen wurde Tuberkulose festgestellt. Bei 174 Fällen wird die Epilepsie als direkte Todesursache bezeichnet.

Volland (261) hat bei einem großen Epileptikermaterial die Körperorgane anatomisch-histologisch untersucht. Er fand die von dem Referenten bereits früher festgestellten akuten Verfettungen der großen Drüsenorgane (Leber, Nieren, Milz), die aber nicht auf einen autotoxischen Prozeß hinweisen, sondern die Folge der epileptischen Attacken selbst sind. Bei idiotischen Epileptikern fanden sich die



Organgewichte herabgesetzt. Arteriosklerotische Gefäßverengungen wurden außer bei der Spätepilepsie nicht angetroffen; im Gegenteil fand sich auch bei höherem Alter die Intima häufig sehr zart und die Aorta eng. Wiederholt fand sich eine persistierende Thymus.

Buchbinder (37) gibt im Anschluß an die allgemein gültigen Anschauungen über endogene und exogene Ursachen der Epilepsie besondere Anwendungen auf die Feststellung der Epilepsie bei Heeresangehörigen. Dabei legt er großen Nachdruck auf die hereditäre Belastung. Unter Berücksichtigung aller dieser Momente ist Dienstbeschädigung als Ursache einer Epilepsie selbst oder als verschlimmerndes Moment einer solchen in den meisten Fällen auszuschließen.

Buchbinder (36) berichtet an der Hand der Krankenblätter über das Verhalten der Pupillen bei 1100 epileptischen Soldaten. Im ganzen wird bestätigt, daß im tonischen und klonischen Krampfstadium die Pupillen lichtstarr seien, daß aber zahlreiche Abweichungen von diesem Typus vorkommen, so namentlich erhaltene Lichtreaktion während des Verlaufs der Muskelkrämpfe, paradoxe Lichtreaktion, langes Erhaltenbleiben der Pupillenstarre nach dem Aufhören der Muskelkrämpfe, träge Pupillenreaktion während mehrerer Tage. Manchmal dauern auch die Pupillendifferenz, Entrundung der Pupillen und andere Erscheinungen noch mehrere Tage fort, ohne daß man darum einen Schluß auf das Wesen des vorausgegangenen Anfalls ziehen kann. Die mannigfachen Abweichungen vom gewöhnlichen Typus führt Verfasser auf Spannungsschwankungen in den antagonistischen Innervationsgebieten des Okulomotorius und Symphaticus zurück.

Hempel und *Berg* (103) fanden bei 50 genuinen Epileptikern der Anstalt Wuhlgarten in 86% in und unmittelbar nach den Anfällen Auftreten des Babinskischen Zehenreflexes, und zwar häufiger beiderseits als einseitig. In 28% fanden sie auch den Oppenheimschen Reflex und selten den Fußrückenreflex von Mendel-Bechterew. Das Auftreten des Babinski spricht differentialdiagnostisch für die epileptische, gegen die hysterische Natur des Krampfanfalls, kann aber nicht im lokalisatorischen Sinne verwertet werden. Das postparoxysmale Auftreten des Babinski ist als Folge einer durch den eptileptischen Anfall hervorgerufenen Ausschaltung der Pyramidenbahn anzusehen.

Bäumler (11) teilt einige eigene Beobachtungen von Jacksonscher Epilepsie mit. Im ersten Falle entstand im Anschluß an Gelenkrheumatismus und Endokarditis eine Embolie im Bereich der Zentralfurche, die zu typischen statusartigen Anfällen im Bein und Arm führten, wobei häufig eine sensible Aura vorherging. Die Reflexe zeigten nach den Anfällen keine wesentlichen Unterschiede; die klinischen Erscheinungen ließen eine genaue Lokalisation zu. Hand in Hand mit dem Auftreten der Anfälle ging eine mäßige Leukozytose, geringe Temperaturerhöhung und neue rheumatische Erscheinungen. Ohne Operation erfolgte völlige Genesung. Gegen Operation sprach das Fehlen von Kopfschmerz und Hirndruckerscheinungen und die geringe Infektiosität des Embolus, worauf die geringe Leukozytose hinwies. In einem zweiten Fall, der gleichfalls ohne Operation zur Heilung kam, ergab die 6 Jahre später nach interkurrenter Krankheit und Tod erfolgte Sektion ver-



kalkte und ausgeheilte Solitärtuberkel. Als weitere Ursache von Jacksonscher Epilepsie wird ein langsam aus dem Marklager emporwachsender Tumor beschrieben.

Fasson (66) schildert symptomatische *Jackson*sche Anfälle bei einer 64jährigen Kranken mit schwerer Arteriosklerose. Die Anfälle werden eingeleitet mit Schwindelgefühl, dann tritt ohne Bewußtseinsverlust eine rechtseitige Hemiplegie auf, dann Zuckungen. Begleitet sind die motorischen Erscheinungen von einer sensorischen Aphasie und von Reflexesteigerung rechts. Verfasser glaubt, daß es sich bei den Anfällen infolge irgend eines Mechanismus um eine krampfartige Kontraktion der schon arteriosklerotisch veränderten linken Arterie Fossae Sylvii handele.

In dem Fall von *Stcherback* (238, 239) treten bei einer luetischen Gehirnerkrankung *Jackson*sche Anfälle auf und Äquivalente von solchen. Dabei hat die Kranke eine sehr lebhafte Vorstellung isolierter Buchstaben, aber nicht akustisch oder optisch, sondern sie fühlt sie irgendwie im Kopf. Gelegentlich muß sie die Buchstaben aussprechen. (Wahrscheinlich lebhafte Reizung des motorischen Rindenfeldes mit den dadurch hervorgerufenen Bewegungsempfindungen.)

Collin und *Mignard* (48) berichten von einem Fall wirklicher Paralyse, der in der Salpêtrière monatelang als Epilepsie behandelt wurde, weil die periodisch auftretenden Anfälle völlig epileptischen Charakter trugen.

Brown (35) fand vor den epileptischen Anfällen eine Zunahme der Viskosität des Blutes; nach den Anfällen sank sie wieder ab. Er glaubt, daß die Erhöhung der Viskosität durch ein Toxin bedingt wäre.

E. Redlich, *Pötzl* und *Heß* (205) untersuchten das Verhalten der Zerebrospinalflüssigkeit gegenüber fremden in den Organismus eingeführten oder in ihnen gebildeten Substanzen und fanden zwischen Gesunden und Epileptikern keinen Unterschied. Wichtig ist aber, daß von sehr vielen in den Organismus eingeführten Substanzen, z. B. salyzylsaures Natron, Methylenblau, Jod, nichts in die Zerebrospinalflüssigkeit übergeht. Dagegen tritt Brom, aber erst nach längerer Darreichung, auf, ebenso läßt sich Azeton, Azetessigsäure nachweisen, endlich auch Cholestearin, wobei es sich vielleicht um Abbauvorgänge des Zentralnervensystems handelt.

S. Rosenthal (218) hat die antiproteolytischen Eigenschaften des Blutserums der Epileptiker untersucht. Er fand im allgemeinen in der Häflte der Fälle eine Erhöhung der antiproteolytischen Fähigkeit. Besonders stark war die Vermehrung der antiproteolytischen Kraft kurz vor den Anfällen, ferner bei weiblichen Epileptikern vor der Periode, wenn auch Anfälle während derselben nicht eintraten. Diese Befunde werden als Ausdruck des herabgesetzten Vermögens des epileptischen Organismus, den Eiweißabbau zu bewerkstelligen, gedeutet. Sie stehen vielleicht im Zusammenhang mit einer Hypofunktion der den intermediären Eiweißstoffwechsel beeinflussenden inneren Sekretion.

Bornstein und *Stroman* (32) fanden, daß während der Anfälle eine starke Vermehrung der Kalk- und Magnesiumsalze im Urin stattfand, während die Ausscheidung der Phosphosäure sehr viel geringer war. Nach dem Anfall hatte der Urin eine stärkere Salzkonzentration, infolge des starken Muskelumsatzes.

v. Anfimow (8) fand bei längerer Dauer der Epilepsie die Aufmerksamkeit (Konzentrationsfähigkeit) der Epileptiker stark verringert und zwar um so mehr,

je stärker der Schwachsinn ist. Bei periodischer Erregung ist Aufmerksamkeit und Arbeitsfähigkeit gesteigert.

Wiersma (267) konnte experimentell-psychologisch bei Epileptikern häufige Bewußtseinsschwankungen feststellen. In ihrem Wesen sind aber diese Bewußtseinseinengungen nicht verschieden von denen normaler Menschen.

Aus der *Sommer*schen Klinik in Gießen liegen einige Arbeiten von *Berliner* (17) und *Römer* (211) vor.

Diese Arbeiten haben die gemeinsame Tendenz, aus Schwankungen des psychischen Verhaltens und der mit den *Sommer*schen Methoden nachzuweisenden periodischen feineren Veränderungen der motorischen Funktionen die Diagnose der psychischen Epilepsie zu erschließen. So berichtet *Berliner* über einen Fall von schwerer Hirnverletzung und Hirnerschütterung, bei dem zuerst Somnolenz, dann die an *Korsakow* erinnernden Züge bestanden, aber schon durch periodische Bewußtseinsschwankungen kompliziert. Dazu kamen intermittierende, motorische Reizerscheinungen: mit den *Sommer*schen Apparaten nachweisbare Schwankungen der Zitterkurve und des Kniephänomens, die als der Ausdruck vorübergehender Verschlimmerungen des Allgemeinbefindens aus inneren Ursachen bezeichnet werden. Krampfanfälle wurden nicht beobachtet, sondern nur psychische Äquivalente, die mit motorischen Reizerscheinungen feinerer Art einhergehen. Im Zusammenhang mit der traumatischen Entstehung des Leidens wird also aus diesen Symptomen die Epilepsie diagnostiziert. Ähnlich versucht *Roemer* (210), aus periodischen Verstimmungszuständen und Schwankungen der motorischen Funktionen den Zusammenhang zwischen Dipsomanie und psychischer Epilepsie zu erschließen. Außerdem gibt er interessante Beobachtungen über die epileptische Belastung der Aszendenz.

Die Häufigkeit der Fälle von Eklampsia gravidarum ist nach einer Kieler Dissertation von *Friedrich* (78) vielleicht von meteorologischen Schwankungen etwas abhängig. Im übrigen ergeben aber die Statistiken keine Prädilektionszeiten für diese Erkrankungen.

Soukhanoff (237) schildert die psychischen Veränderungen, die bei länger bestehender Epilepsie dauernd eintreten. Die Demenzformen, die Charaktereigentümlichkeiten, die Reizbarkeit. Die Veränderungen kommen nach seiner Auffassung häufiger vor bei Epilepsie mit seltenen Anfällen.

E. Jones (113) glaubt, daß der Geisteszustand der Epileptiker auch außerhalb ihrer Dämmerzustände sehr viel Charakteristisches, für die Diagnose Verwertbares habe. Er schildert als solche die allmählich zunehmende Demenz mit konzentrischer Einengung der Interessensphäre, die eigenartige Gedächtnisschwäche, die namentlich ein Vergessen allgemeiner Kenntnisse betrifft. Dabei wird aber die Tatsache, daß bei Epileptikern oft eine überraschend gute Merkfähigkeit vorhanden ist, gar nicht erwähnt. Dann die Verlangsamung des Gedankengangs namentlich bei der Erfassung neuer Gesichtspunkte, die egozentrische Einengung des Vorstellungsinhaltes. Auch auf die veränderte Assoziation der Epilepsie wird hingewiesen. Dann wird die Sexualsphäre der Epileptiker ausführlich besprochen. Im Zusammenhang mit *Mäder* (vgl. das Referat des vorigen Jahres) sieht *Jones* die Sexualität

der Epileptiker als einen kindlichen Zustand an; im Sinne der Ausführungen *Freuds* seien die Epileptiker wie die Kinder „polymorph pervers". Im Lichte dieser Erkenntnis werden nun alle möglichen Gewohnheiten der Epileptiker als infantile Sexualperversitäten gedeutet; ihre angebliche Neigung zum Küssen (?), ihr Interesse für die Defäkation, das Händereiben, ihre umständliche Art beim Händegeben, die Neigung zum Kleiderausziehen im Verwirrungszustand und schließlich sogar die so vielfach erklärte angebliche Religiosität der Epileptiker. Diese Ausführungen zeigen wieder, wohin man bei dem Versuch, möglichst viel klinische Erscheinungen aus einem psychoanalytischen Gesichtspunkt zu erklären, kommt, namentlich wenn man sich auf eine so willkührliche Annahme wie die kindliche Sexualität stützt.

Belletrud und *Mercier* (16) schildern einen Epileptiker mit ausgesprochener Neigung zur Pseudologia phantastica, starken ethischen Defekten und einer langjährigen Praxis als geschickter Hochstapler. Als er endlich gefaßt wird und eine hohe Strafe zu gewärtigen hat, tritt ein Zustand anscheinender Verwirrtheit mit Vorbeireden, Halluzinationen, schwächlichen Selbstmordversuchen auf, der von den Sachverständigen für Simulation erklärt wird. Er ist nur wegen der mit der Epilepsie Hand in Hand gehenden ethischen Defekte für gemindert zurechnungsfähig zu erklären.

In einer Dissertation aus der Kieler Klinik schildert *Lüders* (162) zwei Fälle von Epilepsie mit transitorischen Verwirrungszuständen, ohne neues zu bringen.

Rudnew (220) beschreibt einen Fall von Epilepsie, bei dem im Anschluß an den Krampfanfall schwerer Sopor einsetzt; daraus erwacht der Kranke nach mehreren Tagen und ist dann für einige Wochen völlig unorientiert. Brom wirkt günstig ein.

In dem Fall von *Charpentier* und *Dupony* (42) handelt es sich um einen Menschen, dessen Schwester epileptisch ist und der im Anschluß an Alkohol- und Absynthmißbrauch epileptisch wurde. Er leidet an Absencen, Schwindelanfällen, Dämmerzuständen und es besteht bei ihm außerdem intellektuelle und moralische Minderwertigkeit.

In einer Dissertation aus der Kieler Klinik teilt *Momm* (177) einen Fall von Epilepsie mit, bei dem eine 3 Wochen dauernde, echte poriomanische Attacke beobachtet wurde. Der Kranke ist im Dämmerzustand herumgewandert, machte einen verwirrten Eindruck, hat nur ganz partielle Erinnerungen. Im übrigen werden in der Dissertation die poriomanischen Zustände in der üblichen Weise besprochen.

Glas (89) teilt zwei Fälle mit von plötzlichem Entfernen von der Truppe und wochenlangem Umhertreiben. In beiden Fällen bestand starke degenerative Belastung, Neigung zu Kopfschmerzen und Schwindelanfällen, aber keine ausgesprochene Epilepsie. Die gänzlich unmotivierte Art des Weglaufens, die große Hilflosigkeit, in die beide Soldaten gerieten, der fast völlige Erinnerungsdefekt sprechen für einen Dämmerzustand, in welchem die Wanderung ausgeführt wurde.

Pactet (192) beobachtet einen Mann, bei dem sicher Epilepsie besteht, wegen wiederholter Brandstiftung. Die näheren Umstände der Tat erwecken den Eindruck, daß die Tat nicht im epileptischen Dämmerzustand geschehen ist.



Bei der Behandlung der Epilepsie wird mit Recht der Regulierung des Stoffwechsels große Bedeutung geschenkt. So sah *Biernacki* (19) in zwei Fällen eine auffallende Besserung der Symptome lediglich durch eine Behandlung mit Karlsbader Salz.

Rodiet und seine Mitarbeiter haben sich in mehreren Arbeiten (213, 215, 216) mit der vegetarischen Diät der Epileptiker beschäftigt. Bei weiblichen Epileptikern wurde 5 Monate ganz strenge vegetarische Diät (ohne Milch und Eier) gegeben. Dabei wurde Gewichtszunahme beobachtet. Der Einfluß der Diät auf die Anfälle war verschieden; in einzelnen Fällen wurden sie nicht vermindert. Im übrigen aber können durch vegetarische Diät in vielen Fällen Störungen der Magendarmfunktionen vermindert und die auslösenden Ursachen für Anfälle beseitigt werden. Während der vegetarischen Diät besteht eine geringere Toleranz für Bromsalze; sie wirkt — vielleicht wegen ihres geringeren Kochsalzgehaltes — ähnlich wie die Kochsalzentziehung nach *Toulouse-Richet*. Die vegetarische Diät darf nicht kritiklos in allen Epilepsiefällen angewandt werden. Sie ist zu empfehlen bei epileptischen Frauen in der Schwangerschaft, ferner prophylaktisch bei epileptischer Belastung.

Baugh (12) gibt Beobachtungen wieder, nach denen bei Epileptikern die Zahl der Anfälle und Verwirrungszustände bei einer stark purinhaltigen Beköstigung zunahm, während sie bei purinfreier Diät sich rasch erholten.

Biernacki (19) hat gute Erfolge bei zwei Fällen von Epilepsie mit einer Karlsbader Kur gesehen. Er glaubt namentlich, daß die mit Migräne kombinierte Epilepsie sich für diese Stoffwechselbehandlung eigne.

Heinrich (102) will besonders gute Erfolge bei der genuinen Epilepsie erzielt haben mit einer Kombination von Baldrianinfus mit Bromnatrium, Glyzerinphosphorsäure, Kaskara Sagrada und Eisen, die auf seine Veranlassung unter dem Namen „Spasmosan“ in den Handel gebracht wurde; daneben wird salz- und fleischarme Kost gegeben.

Ulrich (253, 254) berichtet in mehreren Publikationen über die praktische Anwendung des Antagonismus zwischen Brom und Kochsalz, auf den *v. Wyss* in mehreren Arbeiten hingewiesen hatte (vgl. das Referat im vorigen Jahr). Er hat Bromvergiftung durch Darreichung von Kochsalz neben verringerten Bromnatriumdosen behoben, bekämpft die Bromakne und Bromulzerationen durch feuchte Kompressen mit 10% Kochsalzlösung und den Foetor ex ore durch Mundspülungen mit Kochsalzlösung. Bei diagnostisch zweifelhaften Fällen, bei der forensischen Beurteilung und bei protrahierten epileptischen Verwirrungszuständen, zu deren Beendigung eine motorische Entladung wünschenswert erschien, gelang die Auslösung eines epileptischen Anfalls durch einmalige Darreichung einer größeren Kochsalzgabe.

Laudenheimer (148) knüpft an diese Publikation an und verweist darauf, daß er schon früher die praktische Bedeutung der Kochsalzbehandlung betont hat. Nach seinen weiterhin angestellten Stoffwechselversuchen beruht die Heilwirkung des Kochsalzes bei Bromismus zum Teil auf Eliminierung der angestauten Brommengen. Im allgemeinen unterscheidet er zwei Formen des Bromismus. Die eine beruht auf Chlorhunger und kommt bei anämischen Personen vor, die andere ent-

wickelt sich langsam bei fortgesetzter Bromdarreichung und geht mit Stauungserscheinungen einher.

Frey (73) hat das Verhalten der Bromretention experimentell untersucht; die Bromretention und die Verdrängung von Chlor durch Brom im Organismus beruht darauf, daß Brom und Chlor in demselben Verhältnis in den Harn übertreten, in welchem sie in absoluter Menge im Blutserum vorhanden sind. Da im Blut mehr Kochsalz ist, als die eingeführte Brommenge beträgt, wird auch mehr Kochsalz ausgeschieden und Brom zurückgehalten.

Ellinger und *Kotake* (62) sprechen sich ebenfalls auf Grund experimenteller Untersuchungen dahin aus, daß die Chloride das Brom aus dem Organismus verdrängen und daß der Bromismus nicht lediglich auf einem Chlormangel des Organismus beruht, wie *v. Wyss* gemeint hat.

Lallement (145) und *Littlejohn* (157) wollen teilweise gute Erfolge mit der Verabreichung von Calcium lacticum, dreimal täglich 1,0, gesehen haben. Es ist aber zu bemerken, daß *Donath* (vgl. den vorigen Bericht) keine günstigen Erfolge hatte.

Látrány (147) sucht der Bedeutung einer Anhäufung von Uraten bei der Genese des epileptischen Anfalls für die Behandlung dadurch Rechnung zu tragen, daß er eine Mischung von Colchicin, Chinasäure und Lithium verordnet; er will damit Verminderung der epileptischen Anfälle geschen haben.

Schnitzer (226) bringt eine Zusammenstellung der üblichen Epilepsiebehandlungsmethoden und spricht sich bei dieser Gelegenheit gegen die operative Behandlung der genuinen Epilepsie aus.

Bircher (21) schlägt zur operativen Behandlung genuiner Epilepsiefälle vor breite Freilegung der in Betracht kommenden motorischen Rindenpartien, Eröffnung der Dura durch Kreuzschnitt, 5 Minuten lange Massage der Hirnrinde. Das Verfahren führt zu einer Atrophie des krampfenden Zentrums, wie in einem Falle durch die Obduktion festgestellt wurde. In mehreren Fällen wurde weitgehende Besserung erzielt.

Franz (70) teilt einen sehr kompliziert gelagerten Fall von *Jackson*scher Epilepsie eines Soldaten mit. Die Epilepsie ist vielleicht traumatisch entstanden; die Untersuchung ergibt aber auch positive *Wassermann*sche Reaktion im Blut. Zahlreiche halbseitige Anfälle ohne Bewußtseinsverlust mit einer sensiblen Aura. Bei der Trepanation wird an der krampferzeugenden Hirnstelle kein pathologischer Befund erhoben. Trotzdem verschwinden die Krampfanfälle und die *Wassermann*sche Reaktion.

Cluss (46) teilt in einer J. D. aus der Tübinger chirurg. Klinik einen v. *Bruns* operierten Fall von traumatischer Jacksonscher Epilepsie mit, der 18 Jahre nach der Operation noch gesund war. Im Anschluß daran werden ähnliche Fälle aus der Literatur zusammengestellt. Um eine völlige Heilung anzunehmen, ist eine Beobachtungsdauer von 3—5 Jahren erforderlich.

Außer dem Trauma ist zum Zustandekommen auch der *Jackson*schen Epilepsie ein praedisponierendes Moment notwendig, das aber nicht einseitig in einer hereditären Belastung besteht. Das Latenzstadium zwischen Trauma und Ausbruch

der Epilepsie weist darauf hin, daß weitere epilepsieerregende Reize zum Trauma hinzukommen müssen. Bei jugendlichen Individuen ist die Latenzzeit größer als bei Erwachsenen. Die Aussicht auf einen Erfolg der Operation ist um so größer, je greifbarere örtliche Veränderungen vorhanden sind.

Tilmann (247) empfiehlt, alle Fälle, bei denen traumatische Ätiologie oder bestimmte Symptome auf einen Herd in der Hirnrinde hinweisen, zu trepanieren. Auch nicht geheilte Fälle zeigen wenigstens häufig eine weitgehende Besserung. Die Befunde, die sich bei solchen Operationen ergeben, werden aufgeführt: Vermehrte Spannung der Dura, Ödem der Arachnoidea, Cysten der Hirnrinde, Narben, Verwachsungen, Angiome der Rinde.

Sicard (231) berichtet über 3 Fälle traumatischer Epilepsie, bei denen wiederholt trepaniert wurde, nachdem die erste Trepanation ohne dauernden Erfolg geblieben war. Er rät dringend von einer Wiederholung des operativen Eingriffs ab. Wenn die erste Trepanation keine Heilung bringt, muß man sich auf medikamentöse und Stoffwechselbehandlung beschränken; außerdem empfiehlt er Kompressen des Schädels mit einem Gummiband, um die Zirkulation in den Meningen zu verändern.

Davidson (57) berichtet über zwei Fälle, in denen die Epilepsie nach der Menstruation begann und die Anfälle nur während der Periode auftraten. Sie wurden operiert; in einem Fall wurde ein zystisch entartetes Ovarium, im anderen Falle unveränderte Ovarien entfernt. Es wird weiter über eine Reihe von Fällen berichtet, bei denen sich nur geringfügige Veränderungen an den Genitalien fanden.

Sachs (221) schildert erst allgemein das Zusammentreffen von Epilepsie und Gravidität; die letztere ist gelegentlich auslösende Ursache für den Ausbruch von Epilepsie oder epileptischen Erscheinungen. Das Auftreten von epileptischen Krämpfen, auch von Statusepilepsien ist an und für sich noch keine Indikation zur künstlichen Unterbrechung der Schwangerschaft. Es ist im Gegenteil zu befürchten, daß im natürlichen oder künstlichen Geburtsverlauf durch die reflektorischen Reize neue Anfälle ausgelöst werden. Die Differentialdiagnose zwischen akuter Epilepsie in der Schwangerschaft und Eklampsie wird ausführlich besprochen.

B. Nervosität und Neurasthenie.

In der bekannten Teubnerschen Sammlung „Aus Natur und Geisteswelt" erschien das Büchlein von *Zander* (276) über das Nervensystem in 2. Auflage. Es bringt in gemeinverständlicher Darstellung die Elemente der Anatomie und Physiologie des Nervensystems unter Berücksichtigung der Entwicklungsgeschichte und der vergleichenden Anatomie. Dieser Abschnitt ist sehr gut. Daran anschließend werden die wichtigsten nervösen und psychischen Erkrankungen in einer für Laien vielleicht etwas zu eingehenden Weise besprochen.

Hein gibt eine Übersetzung der Diagnostik der Nervenkrankheiten von *P. Stewart* (242). Wie Prof. *Müller*-Marburg in der Einleitung sehr richtig bemerkt, mangelt es bei uns in Deutschland nicht an Lehrbüchern der Nervenheilkunde; ich möchte hinzusetzen, auch nicht an solchen, die ebensogut sind als das von *Stewart*. Ein „dringendes Bedürfnis" lag deshalb zurzeit wohl nicht vor, den deut-

schen Büchermarkt mit diesem Werk eines englischen Autors zu bereichern. Das Werk besteht aus meist sehr guten, in sich abgeschlossenen Einzeldarstellungen einzelner Gebiete der Nervenkrankheiten, ohne erschöpfend zu sein. Denn es fehlt ein einheitlicher Einteilungsgesichtspunkt; es werden bald Symptomengruppen, wie Krämpfe (Kap. V), Haltung und Gang (Kap. XVII), Cerebrospinalflüssigkeit (Kap. XXIII), bald Krankheitsbilder, wie Aphasie (VII), Trophoneurosen (XVIII), Neurosen (XXI) besprochen. Sehr gut ist die anatomisch-physiologische Einleitung, die Darstellung der Aphasie, der zentralen Neuronerkrankungen, ohne neue Gesichtspunkte oder eine besonders originelle Auffassung zu bringen. Wenn aber die Neurasthenie in einer Seite, die sog. Psychasthenie in knapp 2½ Seiten besprochen wird, wenn es dabei heißt: „Die meisten Neurastheniker sind mager, jedoch nicht alle", wenn für die Psychasthenie als die 3 charakteristischen Symptome „die Stigmata", Zwangsvorstellungen und Zwangshandlungen angegeben werden, so ist das doch eine Darstellung dieser wichtigen funktionellen Neurosen, die für den Hauptzweck, den dies Buch haben soll, die Diagnostik, nicht ausreicht. Der endogene, degenerative Faktor, seine mannigfachen Erscheinungsformen, seine Bedeutung für die Diagnose, die Differentialdiagnose dieser funktionellen Neurosen untereinander und gegen degenerative psychische Zustände oder gegen eigentliche Psychosen ist garnicht besprochen.

Von einheitlicheren Gesichtspunkten aus ist das Thema der Diagnostik der Nervenkrankheiten von *Bregmann* (33) behandelt. Er trägt systematisch die einzelnen Symptomengruppen vor und bespricht sie so, daß sie wirklich verständlich werden und zur Gewinnung einer Diagnose dienen können. Sehr gut und zum Nachschlagen geeignet sind einzelne Abschnitte, z. B. der über Pupillenstörungen. In erster Linie sind auch hier die organischen Nervenkrankheiten berücksichtigt; doch sind die funktionellen Neurosen und Neuropsychosen und die Differentialdiagnose gegenüber rein psychischen Symptomen ebenfalls besprochen.

Eine kurze Einführung in das Gebiet der Neurologie gibt das Büchlein von *Th. Becker* (15), das sowohl Diagnostik als Therapie in gedrängter Kürze bietet. Es lehnt sich an die Einführung in die Psychiatrie des gleichen Verfassers an und hat den Vorzug einer klaren, kurzen Darstellung, ohne freilich das Thema erschöpfend zu behandeln. Wichtig ist, daß es auch alle neueren Untersuchungsmethoden bringt und namentlich auch die Anwendung der *Sommer*schen Registrierapparate zeigt.

Zum Teil erschienen ist das große Handbuch der Neurologie von *Lewandowsky* (153), an dem zahlreiche bekannte Autoren als Mitarbeiter beteiligt sind. Eine Besprechung der einzelnen Arbeiten wird zweckmäßig nach vollständigem Erscheinen des Buches gegeben.

Eine ausgezeichnete Monographie der „Neurasthenie" gibt *Veraguth* (259). Er faßt die auf endogener Anlage beruhende Erschöpfbarkeit und die exogen erworbene Erschöpfung des Nervensystems unter dem Namen der Neurasthenie zusammen und betont für alle einzelnen Unterformen als gemeinsames Moment den psychischen Faktor in der Ätiologie wie in der Symptomatologie. Damit aber diese



praevalierende Bedeutung des psychischen Faktors nicht zu spiritualistischen Spekulationen führt, wird für die Pathogenese der Neurasthenie die Grundlage in der Neuronenphysiologie gesucht. Hier bildet *V.* namentlich die *Goldschneider*sche Anschauung von der Reizschwelle des Neurons weiter aus, indem er einen gewissen Tonus des Neurons postuliert und die Bedingungen, die diesen stören können, untersucht. Von psychischen Momenten kommt hier namentlich die „Affektabilität" in dem weitesten Sinne *Bleulers* in Betracht, die eine größere Rolle spielt als das logische Urteil. Dabei wird besonders auf die affektbetonten Komplexe und die Bedeutung derselben im Unterbewußtsein des Neurastheniker hingewiesen, die *Freud-Bleuler*schen Anschauungen werden in maßvoll kritischer Weise besprochen und ihre allgemeine Bedeutung hervorgehoben. Beim Neurastheniker besteht eine Gleichgewichtsstörung zwischen Ober- und Unterbewußtsein. Für *V.* ist also die Neurasthenie eine teils angeborene praeformierte, teils erworbene Tonusanomalie der Neurone, namentlich der für die höheren psychischen Leistungen bestimmten.

In einem zweiten Abschnitt wird die Symptomatologie und Diagnostik, in einem dritten die Therapie besprochen, immer unter Zurückführung auf die gewonnenen neurophysiologischen Anschauungen und unter wohltuend kritischer Würdigung aller Standpunkte, ohne auf alle technischen Einzelheiten einzugehen.

Zu einem größeren französischen Sammelwerk gehört die „Semiologie der Nervenkrankheiten", an welcher *Achard*, *Marie*, *Ballet*, *Lévi*, *Léri* und *Laiguel* (2) mitgearbeitet haben. Sie bringt in Form von klinischen Einzeldarstellungen Abhandlungen über Rückenmarkserkrankungen, Apoplexie, Aphasie, Hemiplegie, Delirien, Konvulsionen, Kontrakturen, Zittern, Schwindel, Kopfschmerzen, vasomotorische und trophische Störungen. Der Hauptsache nach gehören diese Abhandlungen mehr in das Gebiet der organischen Nervenkrankheiten. Es ist aber überall, z. B. bei der Hemiplegie weitgehend die Differentialdiagnose gegenüber den funktionellen Neurosen, Hysterie pp., berücksichtigt.

Eine größere Anzahl von Publikationen beschäftigt sich wieder mit den Anschauungen *Freuds* über die Ätiologie, Symptomatologie und Behandlung der Neurosen. Der im vorigen Jahre in diesem Referat gegebenen allgemeinen Besprechung ist neues nicht hinzuzufügen, da auch ein weiterer Ausbau der theoretischen Anschauungen *Freuds* nicht hinzugekommen ist. Eine zusammenfassende Darstellung der gesamten Neurosenlehre *Freuds* gibt einer seiner Schüler, *Hitschmann* (106a), die Darstellung benutzt zahlreiche Originalzitate aus den *Freud*schen Schriften und ist ganz im Sinne der *Freud*schen Lehre geschrieben. Wichtig ist, daß hier einmal eine Einteilung der Neurosen im *Freud*schen Sinne gegeben wird: er unterscheidet „Aktualneurosen" (Angstneurose, eigentliche Neurasthenie), bei denen die Ursache in einer gegenwärtigen abnormen Sexualbetätigung des Individuums liegt, und „Psychoneurosen" (Hysterie, Zwangsneurose), die auf einem latenten Sexualtrauma der Kindheit beruhen. Es wird dann die Entstehung des Sexualtriebs, die Bedeutung des Unbewußten und des Traumes geschildert, die Hysterie und die Zwangsneurose ausführlich besprochen und schließlich die Methode der psychoanalytischen Untersuchung und Behandlung beschrieben.



So warm auch das Eintreten für *Freuds* Anschauungen ist, so bringen die Ausführungen von *Hitschmann* doch keine Aufklärung über die Punkte, die uns in *Freuds* Theorie noch dunkel und unbewiesen erscheinen. Beispielsweise bei seinen Erörterungen über die kindliche Sexualität: Beim Säugling dient die Mundzone zur Befriedigung des Nahrungsbedürfnisses, das mit einem Lustgefühl verbunden ist; später führt das Verlangen nach Wiederholung dieser Lust zu einer Trennung von der Nahrungsaufnahme selbst; das Kind macht die Saugbewegungen allein. Dadurch wird die Lippe zur „erogenen" Zone. Warum dieser Vorgang nun „erogen", also doch sexueller Natur sein soll, wird nicht erwiesen. Und doch spielt gerade diese Behauptung von der erogenen Bedeutung der Lippenzone eine große Rolle in der Theorie mancher hysterischer Erscheinungen (hysterisches Erbrechen).

Die *Freud*schen Anschauungen in der englischen Literatur einzubürgern, hat sich *Jones* (114, 116—118) zur Aufgabe gestellt. Er referiert in mehreren Abhandlungen *Freuds* Psychologie, seine Traumtheorie, wozu *Jones* eigene Beispiele gibt, bespricht die Assoziationsmethode und ihre Bedeutung für die Psychoanalyse und geht auch auf die Theorie der Psychoneurosen ein. *Jones* ist ein eifriger Verfechter der *Freud*schen Anschauungen; seine Referate geben sie ohne eigene persönliche Zutat wieder.

Eine weitere englische Arbeit, die sich darauf beschränkt, *Freuds* Anschauungen zusammenfassend vorzutragen, ist die von *Hart* (97), der auch die Theorie der Züricher Schule (*Bleuler*, *Jung*) mit in den Kreis seiner Betrachtungen zieht. Auch er spricht sich im ganzen zustimmend aus, betont aber doch, daß die positiven Grundlagen in Gestalt wirklicher Tatsachen für die *Freud*schen Anschauungen gering seien.

Von *Freud* (71) selbst sind seine Abhandlungen zur Sexualtheorie in neuer, fast unveränderter Auflage erschienen. Eine Besprechung derselben erübrigt sich daher, sie sind aber wichtig für jeden, der die *Freud*sche Theorie genau kennen lernen will, weil sie die Grundlagen seiner ganzen Anschauungen enthalten. Und man wird dabei trotz vielem, dem man nicht zustimmen kann, eine reiche Menge feiner psychologischer Beobachtungen und geistreicher Deduktionen finden.

Die neuere englische Literatur über psychoanalytische Arbeiten stellt *Jones* (111) zusammen, die italienische Literatur *Assagioli* (10), während *Jung* (120) allgemeiner über psychologische Arbeiten aus der Schweiz berichtet.

Neue Gesichtspunkte trägt in die Theorie der Psychoanalyse *Adler* (3) namentlich mit seiner Anschauung von der Bedeutung der Minderwertigkeit einzelner Organe. Die Erkenntnis von dieser Minderwertigkeit, auch in der äußeren Anlage (Schönheitsfehler), ist bei Kindern oft die Quelle für ein Gefühl der Inferiorität gegenüber den Geschlechtsgenossen. Knaben mit körperlichen Gebrechen fühlen sich häufig dem Vater gegenüber unterwürfig und kommen nicht zum vollen Bewußtsein ihres Geschlechts. Dieses Gefühl der Minderwertigkeit ruft dann als psychische Reaktion den männlichen Protest in Form übertriebener männlicher Wünsche hervor. Die so entstehenden Konflikte können eine Quelle der Neurose, auch der Sexualperversionen werden.



In einer anderen Arbeit führt *Adler* (4) auch lokalisierte Neuralgien, z. B. die Trigeminusneuralgie, auf diesen Sexualkomplex zurück. Die neuralgischen Anfälle schließen sich den Gelegenheitsursachen an, bei denen sich im Unbewußten der Affekt an ein Gefühl der Zurückgesetztheit anknüpft. Die Psychoanalyse erreicht durch Aufklärung dieser Zusammenhänge Heilung.

Riklin (208) gibt die Analyse einer Zwangsneurose eines 20 jährigen jungen Mannes. Wir treffen eine große Zahl von Zwangsgedanken abstrusester Art, die durch die Analyse auf infantile Züge zurückgeführt werden. Daß diese Analyse den Mechanismus und die Psychopathologie der Zwangsneurose aber klarer macht, wird dem unbefangenen Leser nicht recht klar. Die Frage, warum nun gerade dieser Mensch aus den relativ harmlosen Kindererlebnissen ein merkwürdiges psychisches Gebilde aufbaut, enthüllt uns eine solche Analyse auch nicht. Man müßte denn gerade auf den schwerdegenerativen Charakter des Kranken zurückgreifen; und dieses Moment ist uns auch ohne Analyse bekannt. Die Frage aber, ob diese Analyse eine Besserung des Zustands gebracht hat, läßt Verfasser ganz offen.

Von allgemeinem Interesse ist eine Diskussion des Wiener psychoanalytischen Vereins (266) über den Schülerselbstmord. Die meisten Diskussionsredner stehen auf dem Boden der *Freud*schen Anschauungen und legen deshalb auch den Schülerselbstmorden zum großen Teil ein sexuelles Trauma als Ursache zugrunde. Trotz mancherlei Übertreibungen enthält die Diskussion viele zutreffende Bemerkungen über Schul- und Überbürdungsfragen.

Endlich ist eine Reihe von Arbeiten zu erwähnen, welche die Psychoanalyse zur Erklärung interessanter Erscheinungen in der Literatur, Kulturgeschichte und sozialen Psychologie heranziehen. Dahin gehört eine Arbeit von *Freud* selbst (72), in der gewisse Eigenheiten im Charakter, der Lebensführung, der künstlerischen Tätigkeit *Lionardo*s auf infantile Sexualerlebnisse zurückgeführt und auch besondere Züge in seinen Frauenbildnissen damit zu erklären versucht werden.

Auf ähnlichen Gebieten bewegen sich Arbeiten des Züricher Pfarrers *Pfister* (197,198), der die *Freud*schen Anschauungen vor allem mit der *Jung*schen Assoziationstechnik zur Aufklärung komplizierter Probleme der praktischen Pädagogik, Ethik und Religionspsychologie verwendet. So gibt er die ausführliche Analyse eines 14 jährigen Knaben, der zu seinen Eltern und Geschwistern in einem gespannten Verhältnis steht, und eines 18 jährigen Jünglings, der an hysterischen Schmerzen, Zuckungen und Paresen leidet und außerdem, obwohl Protestant, einem schwärmerischen Madonnenkult huldigt. Über derartige heilpädagogische Versuche auf psychoanalytischer Grundlage ein definitives Urteil zu fällen, ist man jetzt wohl noch nicht berechtigt. Man wird namentlich in Fällen, wie den beiden, hier erwähnten, erst einmal abwarten müssen, was eigentlich später aus den Menschen wird, die im Knaben- und Jünglingsalter schon mit allen psychischen und Sexualproblemen vertraut sind und außerdem in langen und zahlreichen psychoanalytischen Sitzungen an eine psychologische Selbstbetrachtung und Selbstzergliederung gewöhnt werden, die weit über die Ohrenbeichte der Katholiken hinausgeht. Die Hinlenkung auf das eigene Ich und dessen geringste seelische Regungen hat gerade bei einem solchen degenerativ veranlagten Menschen doch auch ihre bedenklichen Seiten.



Endlich ist von demselben Verfasser (199) eine Pathographie des Grafen *Zinzendorf* und der pietistischen Bewegung zu erwähnen, die ebenfalls die *Freud*schen Anschauungen benutzt, um die infantilen sexuellen Grundlagen der religiösen Anschauungen des Grafen zu erweisen.

Tschisch (250) kritisiert die gangbaren Vorstellungen über Neurasthenie. Vor allen Dingen leiden sie an Verschwommenheit. Auf Grund seiner Beobachtungen findet *T.*, daß echte Neurasthenie ziemlich selten vorkommt. Was sonst unter dieser Signatur erscheint, hat mit der echten Neurasthenie wenig zu tun. Das Publikum ist leicht geneigt, jedes körperliche Unbehagen, ja jede Verstimmung als schweres nervöses Leiden aufzufassen, wobei die Symptome meist suggeriert sind. *T.* stellt den Begriff der Pseudoneurasthenie auf und unterscheidet vier Unterarten: 1. Pseudoneurasthenia e coitu reservato, 2. Pseudoneurasthenia arteriosklerotika, 3. Pseudoneurasthenia arthritica und 4. durch allgemeine Stoffwechselstörungen hervorgerufene Neurasthenie. *T.* tritt energisch gegen den Begriff der durch geistige Übermüdung entstandenen Neurasthenie auf: damit leiste man nur der Faulheit Vorschub. (*Fleischmann*-Kiew.)

Unter den neurasthenischen Frauen, die *Lapinski* (146) zu beobachten und zu behandeln Gelegenheit hatte, fielen ihm mehrere dadurch auf, daß bei ihnen die gewöhnliche Ätiologie der Neurasthenie (Übermüdung, Aufregungen, Sorgen usw.) fehlte, daß ihr Leiden der üblichen Therapie hartnäckig zu trotzen schien und daß sie meistens gewisse bei der Neurasthenie nicht ganz gewöhnliche Symptome aufwiesen. Die Kranken klagten über hartnäckige Kopfschmerzen und Schmerzen in anderen Körperteilen, schlechten Geschmack im Munde, Appetitlosigkeit, Meteorismus, Herzklopfen und verschiedene Herzanfälle, Menstruationsstörungen, Schlaflosigkeit. Charakteristisch waren die Klagen über ein Kältegefühl. Die Haut dieser Patientinnen fühlte sich kalt an, sah blaß, zuweilen zyanotisch aus und roch schlecht. Die gynäkologische Untersuchung ergab bei den meisten Patientinnen gewisse Abweichungen von der Norm. Die von manchen Ärzten geäußerten Vermutungen, daß es sich bei diesen Kranken um Anämie, harnsaure Diathese, Infektionskrankheiten usw. handelt, mußten fallen gelassen werden, zunächst weil sie durch die objektive Untersuchung nicht bestätigt wurden und dann weil die entsprechende Therapie vollständig im Stiche ließ. *L.* faßt den Zustand als eine Erkrankung des Genitalapparats auf, die auf reflektorischen Wege einen Gefäßspasmus hervorruft und zugleich eine Autointoxikation zur Folge hat. Die an Migräne erinnernden Kopfschmerzen, die Kälte und Blässe der Haut und verschiedene subjektive Erscheinungen müssen als Folge des Gefäßspasmus, der schlechte Hautgeruch, das Zucken, die Urtikaria als Ausdruck der Intoxikation angesehen werden.

Eine Bestätigung seiner Auffassung findet der Verfasser in dem Umstande, daß dieser Symptomenkomplex bei Männern nicht vorkommt, vor allem aber darin, daß die von ihm eingeleitete Therapie, die eine Gefäßerweiterung und Anregung der Tätigkeit der Ovarien durch Wärmeprozeduren (warme Wasser-, Dampf- und Luftdouchen, Abreibungen und Bäder mit späterer Abkühlung) erzielen sollte, von Erfolg begleitet war, während die früher bei denselben [illegible]tinnen in den



Wasserheilanstalten angewandten üblichen Kälteprozeduren außerordentlich schlecht vertragen wurden. (*Fleischmann*-Kiew.)

Auf dem Gebiet der Symptomatologie der Neurosen ist zu erwähnen eine Arbeit von *Haškovec* (99). Der Autor gibt ein Schema der unter dem Namen der Zwangserscheinungen, Obsessionen, Phobien bekannten Symptome, indem er alle die Erscheinungen einzugliedern sucht in solche der intellektuellen Sphäre (Zwangsvorstellungen, Frage- und Grübelsucht), der affektiven Sphäre (die Phobien und Emotionsdelirien), der Sinnessphäre (obsedante Halluzinationen, Schwindel, Zwangsgefühle), des motorischen Gebietes (Tic, Beschäftigungskrämpfe, Akathisie), der vegetativen Sphäre (Sympathikusstörungen, nervöses Erröten, nervöse Durchfälle usw.). Alle diese Störungen faßt er als gleichartig auf, nimmt an, daß sie einzeln oder kombiniert miteinander auftreten können, als einzige Symptome oder bei schwereren Neurosen und Psychosen. Sie weisen daraufhin und sind zu erklären dadurch, daß es sich allemal um eine Loslösung der entsprechenden, tieferen, nervösen, spinalen und zerebralen Funktionen von der Herrschaft und Lenkung der höheren psychischen Zentren handelt.

Jones (112) gibt eine historische Darstellung über das Problem des „Alpdrückens", „Inkubus" (Nightmare), schildert als die es zusammensetzenden Einzelsymptome: Angst, Oppressionsgefühl und die intellektuelle Vorstellung der Hilflosigkeit. Als Vertreter der *Freud*schen Anschauungen sieht er die Ursache des Alpdrückens in psychischen Momenten; es ist eine „Angstneurose" im Sinne *Freuds*, die aus verdrängten sexuellen Erlebnissen oder Wünschen entsteht. Er erinnert dabei daran, daß sehr häufig dem Vorgang des Alpdrückens sexuelle Erregungen oder Empfindungen beigemischt sind oder ihn beschließen; auch soll die Psychoanalyse das Symptom zum Verschwinden bringen.

Als „autonome Verstimmungen" bezeichnet *Heilbronner* (101) auf dem Boden der endogenen Nervosität meist ohne äußere Veranlassung auftretende Zustände von Depression, Insuffizienzgefühl, mangelnder Entschließungsfähigkeit, gelegentlichen Zwangsvorstellungen bei erhaltener Orientiertheit und erhaltenem Krankheitsbewußtsein. Er bespricht den meist günstigen Verlauf, der gewöhnlich nicht zu einer echten Melancholie führt und die Differentialdiagnose gegenüber Hysterie, Epilepsie und psychischen Schwächezuständen, wobei er vielleicht auch auf die Arteriosklerose hätte hinweisen sollen, endlich die Therapie.

Cramer (51) bespricht in einem klinischen Vortrag das Symptom der Angst in seiner Ätiologie, Erscheinungen und Therapie. Die Angst ist für *Cramer* eine typische endogene Reaktionsweise, mit der bestimmte Individuen alle äußeren Eingriffe oder Schädlichkeiten beantworten. Daher sind auch alle diese äußeren Momente höchstens Gelegenheitsursachen der Angst und wir können sie unter den verschiedensten Umständen finden, wobei natürlich die begleitende Neurose noch eine besondere Färbung gibt. Differentialdiagnostisch wird besonders betont, daß die Angst der Nervösen und Psychopathen anders ist, als die bei schwerer organischen Herzerkrankung. Die Therapie hat in erster Linie Beseitigung der Gelegenheitsursachen zu berücksichtigen; schließlich wird auf die Bedeutung des Opiums für die Angsttherapie hingewiesen.



Margulies (169) betont für die Ätiologie der Neurosen und der nervösen Symptome ebenfalls sehr stark die Bedeutung des endogenen konstitutionellen Faktors. Die Grundlage dafür sei nicht immer im Nervensystem selbst zu suchen, sondern vielleicht häufig in einer Störung der Drüsen mit innerer Sekretion. Außerdem weist er darauf hin, daß auch die Lage und Exponiertheit einzelne Organe der Schädigung mehr zugängig mache als andere. Als Beispiel wird eine Patientin erwähnt, die an rezidivierender Okulomotoriuslähmung litt; nachdem die Anfälle 8 Jahre sistiert hatten, traten sie bei einer Typhuserkrankung wieder auf. Auch in einem Fall von toxischer Polyneuritis durch Nahrungsvergiftung wurden bei zwei Brüdern genau dieselben Nerven befallen, während andere Menschen davon freiblieben.

Die schöne Monographie des verstorbenen *Windscheid* (271) über den Kopfschmerz ist in 2. Auflage erschienen. Wie in der früheren Auflage wird Differentialdiagnose und Prognose eingehend besprochen und namentlich die Therapie der einzelnen Formen genau geschildert. Stil und Darstellung sind von gewohnter Meisterschaft.

Bioglio (22) untersuchte die Stoffwechsel bei der Migräne. Er fand zwischen zwei Migräneattacken die tägliche Urinmenge vermindert, besonders am Tage des Anfalls; zugleich bestand im Intervall eine Verminderung der Stickstoffausscheidung. Während der Attacke trat eine Vermehrung der Harnsäure und Uratausscheidung auf, aber nicht bis zur Norm. Die Stoffwechselstörungen bei der Migräne sind also ähnlich, aber nicht so einschneidend wie bei der Epilepsie.

Schnyder (227) gibt in seinen sehr theoretisierenden Ausführungen als Grundlage des Kopfschmerzes der Neuropathen zwei Momente an. Eine materielle (vasamotorische oder zellulär-chemische) Modifikation des Gehirns und einen psychischen Vorgang. Der letztere, eine affektive oder intellektuelle Störung, sei das auslösende Moment für die Kopfschmerzanfälle. Besonders deutlich äußere sich die primäre Schwäche des Nervensystems in der Form von Migräne in der Pubertät.

Buxbaum (23) zeigt, daß dem Kopfschmerz nicht einheitliche Zirkulationsstörungen der Schädelhöhle zugrunde liegen. Deshalb muß die Therapie verschiedene Wege beschreiten. Hydrotherapeutisch werden, je nach der Wirkung, die man erzielen will, Fußbäder, Kopf- oder Nackenkompressen empfohlen. Ferner kommt Bauchmassage, Elektrotherapie in Betracht. Vor kritikloser Anwendung von Mastkuren wird gewarnt, die Diät eingehend besprochen. Weitere Einzelheiten müssen im Original nachgelesen werden.

Th. Becker (14) gibt eine interessante Schilderung der nervösen Nachkrankheiten bei den Soldaten, die das Mülheimer Eisenbahnunglück mitgemacht hatten. Von den 600 Beteiligten werden hier acht Fälle geschildert, die an intensiveren nervösen Störungen erkrankten, während außerdem zahlreiche vorübergehende Nervenstörungen beobachtet wurden. Die meisten Erkrankten waren jüngere Jahrgänge, vielfach Polen; die Symptome meist typisch psychogen, auch wenn sie sich zuerst an eine echte Gehirnerschütterung anschlossen. Dabei wird besonders auch die Frage der Simulation und Aggravation besprochen. Die letztere kommt nur bei einigen von Haus aus geistig nicht ganz normalen Individuen in Betracht



„Rentenhysterie" ist aus bestimmten in den Verhältnissen liegenden Gründen auszuschließen.

Friedmann (76) gibt eine mit vielen anregenden Bemerkungen durchsetzte Schilderung des von ihm als Kommotionsneurose bezeichneten, nach Hirnerschütterungen einsetzenden nervösen Zustands. Dieses Bild ist von der gewöhnlichen Unfallneurose scharf zu trennen; denn es liegen ihm materielle Störungen des Großhirns zugrunde, die zu einer Abschwächung der vitalen Energie des nervösen Gewebes führen; daher gelegentlich frühzeitiger Verfall in senile oder arteriosklerotische oder paralytische Demenz. Weiter aber folgt der Kommotion auch häufig eine Störung der Blutregulation im Schädelinnern. *F.* benutzt zum Nachweis der letzteren seine diagnostische Methode der Karotidenkompression und betont ihre Unschädlichkeit. Trotz der durch diese beiden Momente bedingten organischen Natur der Erkrankung ist der Verlauf in vielen Fällen günstig, wenn sich nicht eine echte neurasthenische Hypochondrie, organische Hirnerkrankung oder eine eigenartige, wirkliche Demenz entwickelt. In den günstigen Fällen sind die psychisch-nervösen Symptome mehr vorübergehende Funktionsstörungen als wirkliche dauernde Ausfälle der Funktion. Auf die versicherungs-medizinische Bedeutung der Frage und die Wichtigkeit der Beschäftigung Halbinvalider wird zum Schluß hingewiesen

Kahane (123) bezeichnet als Grundlage der Neurasthenie die ererbte Minderwertigkeit des Nervensystems, die dann durch akzidentelle Schädlichkeiten zum Ausbruch kommt; die einzelnen Formen der Neurasthenie werden durch diese auslösenden und begleitenden Momente bestimmt. Eine Form der weiblichen Neurasthenie weist auf eine Schwäche des vago-sympathischen Nervensystems und der damit zusammenhängenden Schilddrüse hin. Als typische Symptome dieser Form beschreibt er Vergrößerung der Schilddrüse, Abnahme des Hämoglobingehaltes und von seiten der Halsnerven spontane unangenehme Sensationen, Druckempfindlichkeit und gesteigerte Empfindlichkeit gegen elektrische Ströme. Bei der Behandlung wird vor allem der galvanische Strom empfohlen. Eine andere Form der weiblichen Neurasthenie verbirgt sich unter dem Bild der Chlorose und hängt vielleicht mit Entwicklungsstörungen zusammen: eine dritte Form ist eine masturbatorische Herz- und Magenneurose.

Fließ (68) schildert in der zweiten Auflage seiner Publikation noch einmal ausführlich die von ihm entwickelten Beziehungen zwischen Nase und Geschlechtsorgan. Von den drei Genitalstellen der Nase aus können bestimmte Schmerzen hervorgerufen werden, die bei der Menstruation, insbesondere bei der Dysmenorrhoe und bei der Geburt auftreten. Umgekehrt können die „nasalen Anteile" dieser Schmerzen durch Kokainisierung vorübergehend oder durch Verletzung der Stellen dauernd beseitigt werden. Die theoretische Grundlage dieser Erscheinungen sucht *Fließ* in der *Head*schen Lehre von der Segmentanordnung der Sensibilitätsstörungen der Haut bei Viskeralerkrankungen. Die *Fließ*schen Nasenstellen stehen in Zusammenhang mit den Schmerzmaximalpunkten der einzelnen *Head*schen Zonen. Es muß also in der Nase eine Repräsentation der Körpersensibilität geben. Im übrigen polemisiert *Fließ* lebhaft gegen *Kuttner* und verwahrt sich dagegen, daß



seinen Kokainversuchen eine Suggestion oder eine Allgemein-Fernwirkung des Kokains zugrunde liegt.

Liebscher (155) beschreibt bei einem arteriosklerotischen und hysterischen Kranken neben anderen Sehstörungen solche, die darin bestehen, daß ihm die ruhenden Gegenstände in einer Zitterbewegung befindlich erscheinen und daß einzelne Gegenstände im Raum gegenüber der Wirklichkeit falsch lokalisiert werden, z. B. daß gerade Stäbe abgebogen gesehen werden. Er führt dies auf eine Hyperasthenie der Retina, bedingt durch Störungen in den zentralen subkortikalen Sehbahnen zurück.

Herz (104) gibt eine kurze Darstellung verschiedener Formen der Herzneurose: paroxysmale Tachykardie, Vagusneurosen, Phrenokardie, Neurasthenie des Herzens und bespricht ihre Differentialdiagnose gegenüber den organischen Herzerkrankungen mit nervösen Erscheinungen.

Die von *Herz* aufgestellte Form der Herzneurose wird von *Treupel* (248) kritisch besprochen. Er bestätigt den Symptomenkomplex, findet ihn aber nicht nur durch erotische Erlebnisse ausgelöst, sondern auch bei anderen Ereignissen: Enttäuschungen, Aufregungen beruflicher oder gesellschaftlicher Art.

Kollarits (139) bespricht die Differentialdiagnose zwischen psychogen bedingten, neurasthenisch-hysterischen Schmerzen und Beschwerden und echt neuritisch oder durch eine organische Erkrankung ausgelösten. Dabei wird namentlich auch das nervöse Herzklopfen und die Pseudoangina pektoris behandelt.

M. Wulff (274) schildert eine Herzneurose, die von ausgesprochenen hypochondrischen Vorstellungen begleitet ist und nach seiner Ansicht auf ein jugendliches Sexualerlebnis (unbefriedigte Liebe) zurückzuführen ist; es handelt sich also um die Angstneurose im Sinne *Freuds*. Das ganze Bild zeigt aber so deutlich den schwer degenerativen Hypochonder, daß Verfasser die nicht besonders hohe Intelligenz des Patienten gar nicht eigens zu erwähnen brauchte. Mit derartigen Fällen wird die Richtigkeit der sexuellen Ätiologie von Neurosen sicher nicht bewiesen.

Friedmann (77) findet bei Herzneurosen, seltener bei organischen Herzerkrankungen, sehr häufig eine isolierte Druckempfindlichkeit des dritten Dorsalwirbeldorns, ohne daß spontane Schmerzhaftigkeit vorhanden ist. Er glaubt, daß dies Symptom im Zusammenhang mit hyperästhetischen Zonen der Haut bei gewissen Organerkrankungen im Sinne *Heads* steht.

Magnus-Alsleben (164) erörtert in einer Antrittsvorlesung das Kapitel der lokalisierten Organbeschwerden und führt aus, daß solche nicht immer durch Organerkrankungen bedingt zu sein brauchen. Auch hartnäckig und ausschließlich auf ein Organ lokalisierte Schmerzen können ausschließlich psychogen bedingt sein. Die differentialdiagnostischen Momente und die Therapie werden erörtert.

Waldvogel (262) beschreibt als Gastrospasmus eine funktionelle motorische Störung des Magens, bei der der Magen auch im aufgeblähten Zustand nicht seine normale untere Grenze in der Nabelgegend erreicht; dabei bestehen als Symptome das Gefühl von Druck und Völle, Schmerz, Aufstoßen von Luft. Der Zustand kommt bei nervöser Erregung in Verbindung mit Reflexsteigerung am häufigsten



bei der Neurasthenie vor. Die Behandlung besteht neben Allgemeintherapie in Atropindarreichungen.

Williams (269, 270) setzt in einigen Publikationen den grundsätzlichen Unterschied zwischen reflektorisch durch Organerkrankung bedingten nervösen Symptomen und rein psychisch, durch die Vorstellungstätigkeit ausgelösten, auseinander. Er macht auf die Gefahr einer kritiklosen Anwendung der Psychotherapie aufmerksam, die imstande ist, auf suggestivem Wege ein erschöpftes oder vergiftetes Nervensystem zu übermäßigen Leistungen anzuspornen.

Reis (207) hat exakte Untersuchungen über das Wesen der elektrischen Entartungsreaktion angestellt. Nachdem er festgestellt, daß die Ursachen aller mit dem Namen der Entartungsreaktion zusammengefaßten Erscheinungen nicht im Nerven, sondern im Muskel selbst zu suchen sind, geht er von der Feststellung *Nernsts* aus, wonach die Wirkung des elektrischen Stromes im organischen Gewebe Jonenverschiebungen und dadurch an der Grenze verschiedener Medien Konzentrationsänderungen hervorruft; diese Konzentrationsänderungen sind das Wesen des elektrischen Reizes. Experimentell konnten durch Einwirkung von Salzlösungen auf den Froschmuskel ähnliche Änderungen der Polwirkung wie bei der E. R. hervorgerufen werden. Die galvanische Übererregbarkeit bei gleichzeitiger faradischer Untererregbarkeit wird auf die Wesensverschiedenheit bei der Stromesart zurückgeführt; beim entarteten Muskel besteht herabgesetzte Reizempfindlichkeit und herabgesetzte Gewöhnungsfähigkeit gegen den Strom. Pathochemisch ließ sich, als wichtigste Veränderung des entarteten Muskels, ein verändertes Verhältnis seiner Salze feststellen.

In einer Beobachtung *Raeckes* (204) entstand bei einer typischen Neurasthenie (endogenen Nervosität) im Anschluß an einen Affekt eine schwere Bewußtseinsstörung, in welcher ein tätlicher Angriff auf einen Vorgesetzten erfolgte. Der Kranke war nicht geisteskrank.

K. Mendel (171) stellt in einer fleißigen Monographie alles wesentliche über die Paralysis agitans an der Hand eigener Beobachtungen und umfassender Literaturangaben zusammen. Besonders ausführlich wird die Muskelrigidität und die Verlangsamung des Willensimpulses geschildert und betont, wie diese Symptome im Vordergrund des Krankheitsbildes stehen und die übrigen Erscheinungen bestimmen. Bei der Pathogenese hebt Verfasser nach Aufzählung aller Hypothesen hervor, daß zurzeit eine befriedigende einheitliche Erklärung für alle Störungen nicht möglich sei; die Wahrscheinlichkeit spricht aber für degenerative Vorgänge im motorischen System des Gehirns und Rückenmarks, die vielleicht durch primäre Gefäßerkrankungen ausgelöst werden.

An der Spitze der therapeutischen Behandlung der Neurosen steht das bekannte Werk von *Dubois* (60), das in zweiter Auflage erschien und von *Ringier* ins Deutsche übersetzt wurde. Die Prinzipien von *Dubois* sind bekannt. Etwas wortreich, aber außerordentlich fesselnd und mit der Lebhaftigkeit, die auch in der Übersetzung den französischen Stil nicht verleugnet, werden hier in 35 Vorlesungen erst allgemeine Darlegungen über die Pathogenese der Neurosen, ihre psychische Grundlage, über Suggestion und Persuasion gegeben, dann eine allgemeine und



spezielle Psychotherapie vorgetragen. Die psychotherapeutische Tätigkeit beginnt mit der Prognosenstellung dem Kranken gegenüber; man muß ihm die Heilung seines Leidens sicher in Aussicht stellen können. Freilich sagt uns auch *Dubois* nicht, wie wir in den häufigen zweifelhaften Fällen so rasch zu einer Differentialdiagnose zwischen organischer Erkrankung und funktioneller Neurose kommen. Wenn man aber nach einigen seiner Beispiele gehen darf, so riskiert er eben in solchen Fällen auch einmal einen ungünstigen Ausgang und stellt dem Kranken doch Heilung in Aussicht; damit aber verläßt er den von ihm empfohlenen Weg der Persuasion und greift zur Suggestion. Die speziellen Abschnitte enthalten zahlreiche feine und treffende Bemerkungen über Diagnostik und Behandlung einzelner Neurosen und viele Beispiele aus der eigenen Praxis des Verfassers. Seine Psychotherapie ist keine Suggestion, die dem Patienten eine Meinung aufdrängen will. Er sucht vielmehr auf den Weg der Überredung seinen Kranken von der nervösen Natur seines Leidens und von dessen Heilbarkeit zu überzeugen. Dabei werden keine „unterbewußten“ seelischen oder sexuellen Traumata wieder ausgegraben, sondern dem Kranken einfache Gedankengänge, bei intelligenten Kranken auch die Psychologie der Neurosen vorgehalten. Wenn wir einen Teil der geschilderten Erfolge vielleicht der Persönlichkeit des Verfassers und seinem Optimismus zuschreiben müssen, so bietet das Buch doch für jeden Arzt soviel Anregung und Veranlassung zur Selbstkritik, daß man es geradezu auch als eine Schilderung der ärztlichen Ethik bezeichnen kann. Der Übersetzer des Buches hat der deutschen Ärztewelt sicher einen guten Dienst geleistet.

Cramer (50) bespricht in einem Fortbildungsvortrag die Psychotherapie. Er verhält sich ablehnend gegen Hypnose in jeder Form, ebenso gegen die *Freud*sche Psychoanalyse. Im allgemeinen empfiehlt er nur die Wachsuggestion. Dabei darf nicht vergessen werden, daß bestimmte Prinzipien überhaupt nicht aufgestellt werden können; jede Therapie enthält einen psychischen Anteil. Das Verfahren von *Dubois* empfiehlt *Cramer*.

Ähnlich wie die Psychotherapie *Dubois* ist der Versuch von *Neutra* (186), der wohl nicht nur für Ärzte, sondern auch für Laienkreise bestimmt ist. Der Verfasser bedient sich der Briefform und bespricht hauptsächlich die nervösen Zustände des weiblichen Geschlechtes. Er greift dabei nicht scharf umschriebene klinische Krankheitsformen heraus, sondern mehr ihre sozialen Äußerungen, die sich in allerlei Konflikten mit der Gesellschaftsordnung kundgeben. Sie werden gewissermaßen als Grenzzustände zwischen Nervosität und geistiger Gesundheit aufgeführt und, indem der Verfasser die Wurzeln, welche von ihnen in das Gebiet der Krankheit führen, nachweist, zeigt er zugleich den Weg zu einer Besserung, zur Wiedergewinnung des inneren Friedens und damit zur Gesundung. Der Natur der Sache entsprechend wird vielfach auch das Sexualleben berührt und von den *Freud*schen Gedanken Gebrauch gemacht. Der Stil des Buches ist gewandt und fesselnd, manchmal vielleicht etwas zu feuilletonhaft, aber dem Zweck, gelesen zu werden, dienend.

Steckel (240) bespricht die Behandlung der Zwangszustände. Wie in seinen früheren Publikationen steht er ganz auf den Boden der *Freud*schen Anschauungen und führt aus, daß bei jedem Zwangszustand ein verdrängter Affekt zugrunde liegt.

Die Zwangsvorstellung ist ein Symbol für einen stark affektbetonten Gedanken, den der Kranke aus seinem Bewußtsein verdrängen will und dessen Affekt nun der an sich gleichgiltigen Ersatzvorstellung übertragen wird. Bei den Analysen *Steckels* handelt es sich jedesmal um eine Vorstellung oder ein Erlebnis sexueller Natur. Mit Nachdruck betont aber auch *Steckel*, daß neben der Aufklärung der Quelle des Zwangszustands auch eine allgemeine seelische Behandlung nötig sei.

In einem kurzen Aufsatz schildert *Herz* (104) in allgemeinen Zügen das, was die psychische Behandlung bei funktionellen und organischen Herzkrankheiten leisten kann. Er betont vor allem zwei Gesichtspunkte: Bei Herzneurosen Aufklärung namentlich der intelligenten Kranken über die Natur ihres Leidens, bei organischen Herzkrankheiten auch schwerer Art eine suggestive Beeinflussung, die ihnen übertriebene Befürchtungen nimmt; auch in den schwersten Zuständen ist hier nötig, die Hoffnungsfreudigkeit des Patienten aufrecht zu erhalten. Der kleine Aufsatz zeigt in jeder Zeile den erfahrenen und psychologisch versierten Praktiker und ist außerordentlich lehrreich.

Williams (270) gibt eine weitschweifige Beschreibung eines Falles von traumatischer Hysterie, die durch Aufklärung über den Krankheitszustand und durch Gewährung einer Abfindungssumme zur Heilung gebracht wurde.

Alexander und *Kroner* (5) geben ein praktisches Nachschlagebuch, in dem medikamentöse, psychische und chirurgische Therapie der Nervenkrankheiten übersichtlich zusammengestellt ist. Dabei sind alle neueren technischen Verfahren, auch die operativen Eingriffe, berücksichtigt und genau beschrieben. Von besonderem Wert sind auch die kurzen Bemerkungen zur Prophylaxe, die sich an die Krankheitsätiologie anlehnen. Die Einteilung ist übersichtlich; der raschen Auffindung dient auch ein gut geordnetes Register.

Oppenheim (190) bespricht in einem sehr lesenswerten Aufsatz allerlei therapeutische Eingriffe, deren Anwendung bei Nervenkranken unter Umständen mehr Schaden als Nutzen bringen könnte und die deshalb mit großer Vorsicht angewandt werden müssen. Dahin gehören in erster Linie chirurgische Eingriffe. Bei unsicherer Lokalisation sollte niemals die Sprachregion für eine Palliativ-trepanation benutzt werden. Weiter betont *O.* nachdrücklich, daß weder die Hirn- noch die Lumbalpunktion einen für die Gesundheit irrelevanten Eingriff darstellt, wie aus einigen lehrreichen Beispielen erwiesen wird. Auf medikamentösem Gebiet wird vor den Arsenikpräparaten gewarnt und auf die nach ihrer Anwendung beobachteten Erblindungen hingewiesen, die auch, wie *O.* in einem Fall beobachtete, eintreten kann, wenn man weit unter der maximalen Dosis bleibt. Empfehlenswert ist auch der Vorschlag, daß bei neuen Arzneimitteln namentlich die in die Hände des praktischen Arztes gelangenden Wochenschriften unangenehme Nebenwirkungen rasch verbreiten sollen.

Spezielle Arbeiten über Hysterie.

Wie alljährlich finden wir auch dieses Jahr eine Reihe von Arbeiten, die sich mit einer Theorie der Hysterie abquälen. Wenn man die gesamten Publikationen



der letzten Jahre nach dieser Richtung ansieht, so ist das Resultat aller dieser Bemühungen ein sehr geringes. Darin, daß die Hysterie psychisch bedingt ist, sind sich alle einig; wie und wo der Mechanismus dieser psychischen Vorgänge zu suchen ist, kann aber durch alle Spekulationen nicht ergründet werden.

Hartenberg (98) gibt eine größere Monographie der Hysterie, nicht in der Absicht einer umfassenden Darstellung aller Einzelsymptome, sondern um an der Hand der klinischen Darstellung zu einer pathogenetischen Auffassung derselben zu kommen. Er weist darauf hin, daß nicht die Summierung der Symptome das Krankheitsbild der Hysterie ausmache, sondern die zugrunde liegende eigenartige psychische Verfassung, die er charakterisiert als ein Überwiegen der Einbildungskraft (disposition hyperimaginative de la mentalité); sie verleiht den Einzelsymptomen auf körperlichem, nervösem und psychischem Gebiet ihren eigenartigen Stempel. Jedes einzelne dieser Symptome ist an sich nicht ein spezifisch hysterisches, sondern wird es erst durch die zugrunde liegende psychische Eigenart. In einzelnen Kapiteln werden die Symptome nach einheitlichen Gesichtspunkten zusammengefaßt besprochen: die auf einer veränderten emotionellen Reaktion beruhenden, die durch Autosuggestion bedingten und die psychischen Störungen. Die Darstellung und das Verständnis wird durch zahlreiche aus der klinischen Erfahrung genommene Beispiele erläutert.

Romberg (217) führt in einem klinischen Vortrag aus, daß er das Wesen der Hysterie in einer angeborenen Störung der Assoziationen erblicke. Dadurch geht die zum wirklichen Bewußtwerden der sensorischen, motorischen und psychischen Vorgänge nötige Mitwirkung der Erinnerungsbilder verloren. Das Wesen einer hysterischen Anästhesie, einer hysterischen Lähmung, beruht eben darauf, daß zwar die peripheren, sensiblen oder motorischen Bahnen bis zur Großhirnrinde intakt sind, daß aber infolge Versagens der Assoziationen die Erinnerungsbilder fehlen, die diesen Vorgang erst zu einem bewußten gestalten. Die vom Nervenverlauf unabhängige Ausdehnung der Anästhesie entspricht dem Versagen des Gedächtnisses für die assoziativ zusammengehefteten Eindrücke. Die Disposition zu diesen assoziativen Störungen ist angeboren; sie kommen aber leichter zustande, wenn auf einen bestimmten Vorgang besondere Aufmerksamkeit gerichtet wird, ebenso wie wir auch normalerweise eine eingelernte komplizierte Bewegung schwerer ausführen, wenn wir die einzelnen Phasen mit bewußter Aufmerksamkeit überwachen wollen.

In ähnlicher Weise führt *White* (264), nachdem er sämtliche Theorien der Hysterie besprochen hat, aus, daß bei der Hysterie eine Störung im harmonischen Ablauf der Assoziationen vorliege.

S. Meyer (174) gibt einige praktische Winke für die Hysteriediagnose. Die Diagnose kann nicht durch Ausschließung organischer Veränderungen gemacht werden, zumal ja häufig organische Veränderungen von hysterischen Symptomen überlagert sind. Maßgebend für die hysterische Natur eines Symptoms ist, daß es mehr oder weniger von den ähnlichen organischen Symptomen abweicht. Außerdem sprechen als positive Anzeigen für die hysterische Natur eines Symptoms die



Periodizität der anfallsweise auftretenden Beschwerden, die Beeinflußbarkeit durch Suggestionstherapie und ähnliches.

Platonow (201) befaßt sich mit den Symptomen der Echolalie und Echokinesis bei Hysterie. Während diese Symptome bei Hysterischen gewöhnlich nur im hypnotischen Zustand beobachtet werden, wo sie vom Hypnotiseur künstlich hervorgerufen werden, beschreibt *Platonow* einen Fall von grande hystérie, in dem die Patientin nach ihren typischen Anfällen längere Zeit hindurch alle gehörten Worte nachsprach und alle Bewegungen der umgebenden Personen und Tiere nachzumachen versuchte. *Platonow* kommt dann auf die Erscheinungen der Echolalie und Echokinesis zu sprechen, die von Reisenden bei den Eingeborenen verschiedener Länder beobachtet worden sind, wie von *Gerstäcker* auf Java, von *Kaschin* in Tansbaikalien, von *O'Brien* auf den Malaiischen Inseln, von *Hammond*, *Jankowski* und namentlich *Tokarski* in verschiedenen Gegenden Sibiriens. Der Verfasser neigt zu der Ansicht, daß man es hier überall mit hysterischen Symptomen zu tun hat. (*Fleischmann*-Kiew.)

Rémond und *Voivenel* (206) suchen die Eigenart der kindlichen Hysterie in der besonderen Beschaffenheit des kindlichen Organismus. Von den Körperorganen prävaliert hier der Digestionstraktus mit seinen engen Beziehungen zum Sympathicus, so daß das ganze sympathische System eine relative Selbständigkeit besitzt. Daraus erklärt sich die Häufigkeit gastrointestinaler Symptome bei kindlicher Hysterie. Das kindliche Rückenmark enthält in sich fertige Reflexapparate, die aber wegen der noch nicht abgeschlossenen Entwicklung der Pyramidenbahn relativ selbständig sind; so kommt es leicht zu Konvulsionen, choreiformen Bewegungen, Spasmen, Astasien und ähnlichen Erscheinungen. Endlich sind auch im kindlichen Gehirn lange Zeit nur die zentripetalen (kortikosensorischen) Apparate völlig fertig, weniger die zentrifugalen (motorischen) und am wenigsten die assoziativen, alle aber untereinander noch nicht so intensiv und fest verbunden, wie bei Erwachsenen. Diese Tatsache erklärt die eigenartigen psychischen Züge der kindlichen Hysterie.

Most (178) berichtet über die Unfallhysterie eines Arbeiters, der dabei Nägel, die er im Mund hielt, verschluckte. Im Krankenhaus bestand hohes Fieber, das der Patient durch Manipulation am Thermometer hervorrief, fortdauernde Nägelabgänge im Stuhl, bis dem Kranken die mitgebrachten Nägel abgenommen wurden, und ähnliche Symptome. Aus dem Gesamtbild glaubt Verf. aber bewußte Simulation ausschließen zu können.

Senator (230) weist auf 2, in der Literatur nicht erwähnte Symptome hin, die er häufig bei Hysterie fand: ein subjektives Gefühl von Trockenheit im Mund, das im Zusammenhang mit Globus geklagt wird und auf eine Parästhesie oder Sekretionsanomalie hinwies, und eine bläulich-rote Schwellung der Wangen- und Stirnhaut, die dem Gesicht einen eigenartigen Ausdruck verleiht (vasomotorische Störung).

P. C. Knapp (130) schildert Reflexveränderungen bei der Hysterie. Grobe Störungen, wie *Babinski*, wurden dabei nicht beobachtet, dagegen Herabsetzung der Hautreflexe, Steigerung der Sehnenreflexe auf der Seite der hysterischen Sensibilitätsstörung.



Goldbladt (91) hat eine Beobachtung *Seiferts* nachgeprüft, daß bei rückwärts gebeugtem Kopf Sprechen mit Flüsterstimme auch dem Gesunden nicht möglich sei und daß bei dieser Kopfhaltung die hysterische Aphonie verschwinde. Er findet dies aber nicht in allen Fällen bestätigt und glaubt, daß der Erfolg eines solchen Verfahrens bei der hysterischen Aphonie nur auf Suggestivwirkung beruht.

Kölpin (136) gibt eine interessante kasuistische Mitteilung einer hysterischen Psychose von moriaartigem Charakter, bei der neben Schlaf- und Dämmerzuständen sensible und sensorische Hemianästhesie, Gesichtsfeldeinengung, spastische Zustände der Augenmuskeln in Form von Strabismus und Konvergenzkrampf, Amblyopie und Amaurose auftreten.

Bölten (30) schildert einen hysterischen Schlafanfall von ununterbrochener 7 tägiger Dauer als einziges Symptom der Krankheit.

O. Pfister (197) gibt die Grundsätze einer Psychoanalyse bei einem 18 jährigen Jüngling, der bereits zum 2. Mal verliebt, nebenbei einem übertriebenen Madonnenkultus huldigt und außerdem anscheinend hysterisch bedingte Schmerzen im Arm hat. Die Analyse deckt dem Patienten den Zusammenhang zwischen einigen Jugenderlebnissen, seinem Liebesleben und seiner Madonnenverehrung auf und damit verschwinden die Symptome. Daß unglückliche Liebesverhältnisse, „gestaute Erotik" sich auf das religiöse Gebiet wendet, wußte man schon früher ohne Psychoanalyse.

Abraham (1) hat die von *Löwenfeld* geschilderten Zustände von Wachträumen mit Übergang in eigentliche Traumzustände und Abschluß durch eine Angstattacke der Psychoanalyse nach *Freud* unterworfen. Dabei stellt er fest, daß sich bei diesen Zuständen meist verschiedene Stadien unterscheiden lassen und ferner, daß die Phantasien, welche den Wachtraum einleiten, wenn sie auch anscheinend nicht sexueller Natur sind, doch auf unbewußte sexuelle Wünsche zurückzuführen sind. An einer Reihe solcher Fälle wird dies im Einzelnen gezeigt.

Sadger (222) gibt die Psychoanalyse eines schwerbelasteten Patienten, der neben hysterischen Absenzen an einer ganzen Sammlung geschlechtlicher Perversitäten leidet. Sie werden alle auf verdrängte und verschobene Sexualwünsche der Kindheit zurückgeführt. Dabei werden auch allgemeine Erklärungen verschiedener Sexualperversitäten, namentlich der Homosexualität, versucht.

Van der Kolk (137) beschreibt zwei Fälle von paranoiaartigem Charakter, die aber hysterischer Natur sind. Sie entstehen auf psychopathischem Boden unter der Einwirkung eines Affektes ganz plötzlich und können ebenso rasch wieder verschwinden. Wichtig ist besonders, daß auch hier die Geistesstörung im Milieu und Charakter des Kranken wurzelt.

E. Jones (115) schildert einen 15 jährigen Patienten, der nach einem Unfall Attacken von kindischem, läppischen Verhalten (Moria) bekam, in denen er sich wie ein 4 jähriger Knabe geberdete. Die Psychoanalyse führt diesen Zustand auf den verdrängten Sexualwunsch zurück, wieder wie ein Kind zu sein, um wieder mütterliche Zärtlichkeiten und Liebkosungen zu erhalten.

Halberstadt (95) teilt zwei Fälle mit, bei denen auf dem Boden einer psychischen Degeneration Komplikationen durch hysterische Züge (Astasie-Abasie und

hysterische Krämpfe) eintreten und bespricht die Differentialdiagnose dieser komplizierten Bilder gegen die Dementia praecox.

Löwy (158) bespricht im Anschluß an die Schilderung einiger Fälle das Auftreten von katatonen Bewegungsstörungen bei Hysterischen und Psychopathen. Selbst bei Gesunden können stereotype Bewegungen gelegentlich auftreten bei Versunkenheit oder bei Gedankenflucht; in ähnlicher Weise kommen sie auch bei Psychopathen zustande, ohne daß man an Katatonie oder Motilitätspsychose zu denken braucht.

Chorea.

Aus der Kieler Klinik werden in Dissertationen von *Sauerwald* (223a) und *Bethge* (15a) zwei Fälle von akuter Chorea mit psychischen Störungen beschrieben. In einem Fall (*Bethge*) mit deutlicher infektiöser Ätiologie trat ein scharf umschriebenes Bild akuter halluzinatorischer Geistesstörung auf, das rasch mit der Chorea abheilte. Im anderen Fall (*Sauerwald*) handelt es sich teilweise um psychogene Ätiologie und einen protrahierten, oft recidivierenden Verlauf.

Eine ganz ähnliche im Anschluß an Gelenkrheumatismus entstandene Chorea beschreibt *Hesnard* (105); sie geht auch mit halluzinatorischer Verwirrtheit und motorischer Unruhe einher.

Wendenburg (263) gibt eine Sammelbeobachtung über 74 Fälle von Chorea. In 82 % war eine infektiöse Ätiologie nachzuweisen, ohne daß man an einen spezifischen Erreger zu denken braucht. Bei der hysterischen Chorea spielen körperliche und psychische Traumen auf dem Boden einer Prädisposition die wichtigste ätiologische Rolle. Die Symptomatologie und Therapie wird eingehend besprochen, ohne wesentlich Neues zu bringen.

Eine Nachuntersuchung von *Forssner* (69a) bei 28 Fällen von Chorea minor ergab, daß 7 gestorben, 10 an Herz- und Lungenleiden erkrankt waren, 7 hatten Albuminurie, einer war ethisch defekt. Im Ganzen unterliegen Choreatiker viel häufiger allerlei Erkrankungen als Rheumatiker, vielleicht weil die Chorea sich auf dem Boden einer Prädisposition entwickelt.

Über die chronische Chorea gibt *E. Schultze* (228) eine zusammenfassende klinische Darstellung, die sich auf einige Krankenvorstellungen stützt und dann Ätiologie, Klinik und pathologische Anatomie bespricht. Wichtig sind namentlich auch des erfahrenen Verfassers Angaben über versicherungs-, zivil- und strafrechtliche Verhältnisse der chronischen Choreatiker.

Kukro (142) beschreibt einige abnorme Fälle von Chorea, darunter zwei, bei denen eine Herderkrankung als Ursache vermutet werden muß, sowie eine im 6. Lebensjahr aufgetretene chronische Chorea, die bis ins höhere Lebensalter bestehen blieb, ohne hereditäre Belastung; auch in zwei weiteren Fällen trat chronische Chorea ohne hereditäre Belastung auf.

Bei den von *Frotscher* (80) beschriebenen Fällen bestand zweimal ausgesprochene erbliche Belastung. Die Erkrankung begann im mittleren Lebensalter und führte ziemlich rasch zu einer ausgesprochenen Demenz. Ein dritter Fall ent-



stand auf dem Boden allgemeiner psychopathischer Veranlagung im 40. Jahr im Anschluß an ein Kopftrauma und verlief in schwankender Intensität.

Bei der Behandlung der Chorea minor empfiehlt *Allam* (6) Bettruhe, psychisches Isolieren, diätetische und hydrotherapeutische Maßregeln und von Medikamenten Acid. aceto-salicyl.

Hassin und *Hershfield* (100) sahen gute Erfolge bei hohen Arsenikdosen, *Maetzke* (163) bei Sabrominverabreichung.

Jaffe (109) rühmt die von Cornelius inaugurierte Nervenmassage, die bei hysterischen, wie bei inefktiösen Fällen Erfolge habe. Die Nervenpunkte treten erst einige Zeit nach der Infektion auf.

C. Schilddrüsenerkrankungen.

Federn (67) sieht die Grundlage der *Basedow*schen Krankheit in Blutdruckerhöhung infolge von Splanchnikusreizung. Vielleicht ist diese Schilddrüsenwirkung hervorgerufen durch Reizung von seiten des chromaffinen Systems. Die gemeinsame Ursache vermutet *Federn* in Darmstörungen und weist auf die häufig beobachtete Darmatonie hin.

Otto (191) kommt auf Grund histologischer Untersuchungen zu dem Resultat, daß die charakteristische Veränderung der *Basedow*struma eine diffuse parenchymatöse Hyperplasie mit Neubildung von Follikeln, Neuproduktion und stärkerer Zerfall des Epithels und Vermehrung und Verdünnung des Sekrets sei. Dadurch ist die *Basedow*struma von anderen Strumen zu unterscheiden.

Gebele (84) fand bei der Sektion von *Basedow*fällen, die nach Kropfoperation starben, häufig persistierende Thymus. Er schließt daraus, daß bei krankhaft veränderter Schilddrüse die Thymus für sie eintritt.

Klose und *Vogt* (129) haben in experimentellen und anatomischen Untersuchungen die Bedeutung der Thymusdrüse festgestellt; namentlich kommt es bei ihrer Exstirpation bei Tieren zu einem demenzartigen Zustand und zu mangelhaftem Knochenwachstum.

Auch *Chvostek* (43) weist auf die Bedeutung der Thymus persistens für die Symptomatologie der *Basedow*erkrankung hin. Die sogenannten Kardinalsymptome allein sind nicht bindend; man muß bei der Diagnose das Gesamtbild und den Verlauf berücksichtigen.

Kocher (135) geht bei Besprechung der Diagnose der *Basedow*erkrankung von der physiologischen Hyperthyreoidie aus, welche ebenfalls frisches, jugendliches Aussehen und lebhaftes Temperament macht. Die Augensymptome beim *Basedow* werden durch abnorme Muskelzustände infolge von Giftwirkung auf den Sympathikus erklärt.

Parisot (195) verbreitet sich über die Zuckerausscheidungen bei *Basedow*. Diabetes läßt sich von vielen Drüsen aus erzeugen. Sowohl bei Hypo- als bei Hyperfunktion der Schilddrüse kann Zucker im Harn auftreten. Die Glykosurie kann auch als Folge einer Gleichgewichtsstörung zwischen den antagonistisch wirkenden Drüsen Thyreoidea und Pankreas auftreten. Beim Myxödem können Abweichungen




von diesem Typus dadurch zustande kommen, daß auch von seiten anderer Organe Störungen vorhanden sind, die Glykosurie machen. Es gibt also zwei Arten von Thyreoidea-Glykosurie, die eine direkt durch Hyperfunktion der Schilddrüse, die andere mittelbar von Hypofunktion, welche andere Organe schädigt.

Auf den Antagonismus zwischen Schilddrüse und Pankreas wird auch in einer Arbeit von *Balint* und *Molnar* (27) hingewiesen. Die Diarrhöen der *Basedow*-kranken sollen auf einer sekretorischen Insuffizienz des Pankreas beruhen. Die Vergrößerung der Schilddrüse wirkt hemmend auf die Pankreasfunktionen ein. So würde sich auch die günstige Wirkung der Pankreondarreichungen bei *Basedow*-durchfällen erklären. Die Verfasser zeigen aber, daß nicht alle Fälle so liegen können; sie haben einmal bei *Basedow*diarrhöe alle Pankreassekrete vermehrt gefunden.

Kappis (126) fand bei *Basedow* relative und absolute Lymphozytose; auch *Müller* (179) fand bei einfacher Struma eine Verminderung der polynukleären und mononukleären Leukozyten und Lymphozytose manchmal so stark wie beim *Basedow*. Differentialdiagnostische Schlußfolgerungen sind deshalb aus diesen Befunden nicht zu ziehen.

Ähnlich fand *Roth* (219) Lymphozytose bei *Basedow*; daneben herabgesetzten Hämoglobingehalt.

Bühler (29) hält immerhin das Vorkommen einer relativen Lymphozytose bei *Basedow* und *Basedowoid* für so konstant, daß er diese Erscheinung für die Diagnose zweifelhafter Fälle thyreotoxischer Erkrankung im positiven Sinne verwandt wissen will. Dagegen darf wegen des Fehlens der Lymphozytose bei sonst vorhandenen Symptomen die Diagnose *Basedow* nicht ausgeschlossen werden.

Carpi (40), der zuerst auf die Blutveränderungen hingewiesen hat, faßt die Ergebnisse der letzten Untersuchungen dahin zusammen, daß Leukopenie und Lymphozytose häufig, aber nicht konstant beim *Basedow* vorkommen, daß sie namentlich auch bei einfacher Struma ohne thyreotoxische Erscheinungen und andererseits bei Myxödem beobachtet wurden. Die Symptome weisen vielleicht auf eine allgemeine Funktionsschädigung der Schilddrüse hin, können aber nicht für die Diagnose des *Basedow* verwandt werden.

A. Kocher (134) kommt auf Grund histologischer und chemischer Untersuchungen von Schilddrüsen bei *Basedow* zu dem Resultat, daß eine starke Verflüssigung des Bläscheninhalts und relative Vermehrung der Zellen, sowie vermehrte Aufnahmefähigkeit für Jod besteht; ebenso eine vermehrte Vaskularisation im Kapillargebiet der Drüsen. Es sind also die beim *Basedow* beobachtete Hypersekretion und Hyperresorption von den chemisch-histologischen Veränderungen der Drüsen abhängig.

Diese Tatsachen gehen auch weiter hervor aus Beobachtungen *Kochers* (132), wonach Strumen rasch unter Jodgebrauch verschwinden, unter akutem Entstehen von *Basedow*; wahrscheinlich wird die Schilddrüsensekretion durch Jod angeregt. Die Empfindlichkeit Kropfkranker gegen Jod ist so groß, daß man davon zu diagnostischen Zwecken Gebrauch machen kann.



Von denselben Gesichtspunkten aus rät *Römheld* (212) zu großer Vorsicht bei der Jodmedikation, da dadurch ein latenter *Basedow* leicht manifest werden kann. Auch bei Fettleibigkeit soll Jod mit Vorsicht gegeben werden.

In einem Fall von *Lépine* (151) traten bei einer Entfettungskur mit Jod *Basedow*symptome auf, die nach Radiumbestrahlung der vorderen Seite des Halses wieder verschwanden; dabei nahm auch im Urin die Phosphorsäure in ihrem Verhältnis zum Harnstoff zu.

Gerhardt (86) berichtet über frühzeitige Herzstörungen bei *Basedow*, die bei spezifischer Behandlung mit Ruhe und Digitalis weitgehend zurückgingen, besonders nachdem in einem Fall halbseitige Strumektomie gemacht war. Diese Kranke erlag später einem interkurrenten Leiden. Die Sektion ergab trotz monatelang bestehender Herzverbreiterung keine Hypertrophie; auch in dem geheilten Fall bildete sich die Verbreiterung vollkommen zurück. Es handelte sich also um starke thyreotoxische Wirkungen auf das Herz.

Bamberger (25) berichtet über eine Anzahl von *Basedow*fällen, bei denen außer der bei *Basedow* häufigen Pulsbeschleunigung auch Anfälle paroxysmaler Tachykardie auftraten. Es handelt sich hier nicht um eine zufällige Komplikation, sondern beide Krankheitsbilder haben dieselbe Ursache und die Fälle von *Basedow* mit paroxysmaler Tachykardie haben ihren Ursprung im zentralen Nervensystem. Prognose und Therapie dieser Komplikation wird besprochen.

Die Therapie des *Basedow* bespricht *A. Kocher* (133) zusammenfassend auf Grund eines großen Materials. 376 Fälle wurden in der *Kocher*schen Klinik operiert; davon 76% geheilt, 3,9% Mortalität. Dringend geraten wird die Frühoperation. Er empfiehlt weiter neben der Operation Höhenluftkur, Hydrotherapie, fettarme Ernährung, Phosphordarreichung.

Auch *Lorenz* (159) sah Heilung eines seit ½ Jahr bestehenden *Basedow* durch Kropfoperation, während sich *Engländer* (63) weniger günstig ausspricht; er hat bei 11 Fällen operativer Behandlung nur einmal Dauerheilung eintreten sehen. Und *Lowinski* (161) berichtet von einem 25 jährigen Mädchen, dem wegen hochgradiger Atembeschwerden der Kropf bis auf einen kleinen Teil operiert wurde; 4 Jahre später erkrankte sie an einem *Basedow*, der, da nur ein kleiner Rest der Schilddrüse noch vorhanden war, nicht thyreogenen Ursprungs sein kann.

F. Mendel (172) hat in 10 Fällen von *Basedow* mit gutem Erfolg intravenöse Injektionen einer Kombination von Atoxyl und Jod vorgenommen. Es besserte sich das Allgemeinbefinden, die Kongestionen und Durchfälle verschwanden und der Puls wurde langsamer. Von ungünstigen Nebenwirkungen des Atoxyl wird nicht berichtet.

Hellpach (102 a) beschreibt eine Geistesstörung vom Charakter einer religiösen Paranoia, die sich parallel mit einer *Basedow*schen Erkrankung entwickelt hat. Er führt dabei aus, daß religiöse Wahnbildungen nicht für eine Krankheit spezifisch sind, sondern daß die durch den *Basedow* bedingte seelische Erregung bei dem religiösen Boden, auf dem sie sich entwickelte, diese Richtung nehmen mußte. Daneben finden sich interessante Betrachtungen über die Entwicklung psychischer Epidemieen.



A. Siegmund (232—235) verbreitet sich in mehreren Aufsätzen über die allgemeine Bedeutung der Schilddrüse. So glaubt er, daß es Menschen gibt, die gegen jede eitrige Infektion widerstandsunfähiger sind infolge mangelhafter Funktion der Schilddrüse, vielleicht auch anderer innerer Drüsen. Er sah eine hartnäckige Eiterung in einem Fall durch Schilddrüsendarreichung heilen und empfiehlt das Mittel auch bei anderen eitrigen Infektionen und beim Wochenbettfieber. Ebenso schildert er eine Schilddrüsenschwäche kleiner Kinder, die sich durch ganz besondere Zuckergier, Reizbarkeit, schlechtes Aussehen, Appetitlosigkeit äußert und durch Thyreoidindarreichung rasch zum Heilen kommt, Bei einem 9 jährigen, etwas schwachsinnigem Mädchen, das an Epilepsie litt, besserte sich unter Thyreoidindarreichung Epilepsie, geistiger Zustand und das etwas zurückgebliebene Wachstum. Nach der Auffassung *Siegmunds* sind auch alle möglichen anderen Leiden, Rachenmandeln, Schwerhörigkeit, Mittelohrsklerose, Plattfüße und X-Beine von einer Schilddrüsenschwäche abhängig und können durch Schilddrüsentherapie gebessert werden.

Stölzner (243) berichtet von einem rudimentären Myxödem eines Kindes. das durch Schilddrüsenbehandlung geheilt wurde. Die Hypothyreoidie war traumatischen oder infektiösen Ursprungs.

---

4. Intoxikations-Psychosen.

Ref.: Peretti-Grafenberg.

1. *Austregesilo*, Über Infektionspsychosen in den Tropenländern. Arch. f. Schiffs- u. Tropenhygiene Bd. 14, Nr. 9. S. 265.
2. *Antonini*, Assistenza e trattamento dei pellagrosi e degli alcoolisti. Milano, Fr. Vallardi. 206 Seiten.
3. *Arndt*, Über die Glykosurie bei Alkoholdeliranten. Mtschr. f. Psych. u. Neurol. Bd. 27, H. 3, S. 222. (S. 224*.)
4. *Barnes*, The influence of scopolamin-morphin-narcosis on metabolism. Archivs of internat. medecine. April. Vol. 5, pp. 374 bis 381.
5. *Becker*, Ein Fall von Paraldehydvergiftung. Reichs-Med.-Anz. Nr. 25 (723), S. 390.
6. *Benon*, Alcoolisme chronique et état second. Fugues. Abus de confiance. Gaz. des hôp. 83. an., nr. 79, p. 1133.
7. *De Beurmann* et *Gongerot*, Les troubles mentaux dans la lèpre. L'état psychique habituel des lépreuses. Nouvelle iconographie de la Salpêtrière Nr. 2, S. 219.



8. *Bleuler*, Die Psychologie des Trinkers. Internat. Mtschr. zur Erforschung des Alkoholismus Nr. 11 u. 12. (S. 218*.)

9. *Block*, Beitrag zur Alkoholneuritis mit Korsakowschem Symptomen-Komplexe. Inauguraldissertation. 26 S. (S. 226*.)

10. *Boulenger*, L'alcool dans les asiles d'aliénés. Bull. de la Société de Médecine mentale de Belgique Nr. 148.

11. *Bouman*, Psychosen bei Säufern. Psych. Blaaden I.

12. *v. Bunge*, Alkoholvergiftung und Degeneration. Ein Vortrag. 3. Aufl. Leipzig, Barth. (S. 221*.)

13. *Ceni*, L'azione della luce sulle muffe pellagrogene. Rivista Sperimentale di Freniatria Vol. XXXVI, p. 201—203. (S. 230*.)

14. *Clérambault*, Du diagnostie différentiel des délires de cause chloralique. Ann. méd.-psychol. Jan., Feb., März, April. (S. 227*.)

15. *Damaye* et *Mézie*, Moelle osseuse et rate crues dans les affections mentales aiguës et subaiguës. Revue de thérapeutique medico-chirurgique Nr. 6, S. 181. (S. 218*.)

16. *Dupouy*, Charles Baudelaire toxicomane et opiomane. Ann. médico-psychol. Nr. 3, Mai-Juni, p. 353. (S. 227*.)

17. *Elderton*, Einfluß der elterlichen Trunksucht auf körperliche Beschaffenheit und Fähigkeiten der Nachkommenschaft. Eugenics laboratory memoirs H. 10.

18. *Elster*, Die sozialhygienische Forderung in der Alkoholfrage. Soz. Medizin u. Hygiene Bd. V, H. 6.

19. *Ermakow*, Observations personelles sur les psychoses alcooliques et l'hérédité alcoolique chez les battants de la guerre russo-japonaise. Arch. intern. de neurol. Sept.

20. *Eschle*, Chronischer Alkoholismus. Fortschr. d. Med. Nr. 35 u. 36. (S. 222*.)

21. *Féret*, Les troubles mentaux dans les syndromes de Korsakoff. Thèse, Paris.

22. *Fickler*, Atropinwahnsinn bei einem Asthmatiker. Deutsch. med. Wschr. Nr. 22, S. 1033. (S. 228*.)

23. *Garvin*, Acute alcoholic hallucinosis (Acute alcoholic paranoia). The Americ. journ. of insanity vol. 66, nr. 4, p. 599.

24. *Guillain* et *Vincent*, Delire suraigu au cours d'une pneumonie. Extrait des Bulletins et Memoirs de la Société médicale des Hôpitaux de Paris. Séance de 21 jan. (S. 230*.)



25. *Hellbach*, Sekundäre Demenz nach Gasvergiftung. Deutsche med. Wschr. Nr. 32, S. 1510. (S. 228*.)
26. *Hesse*, Die Fürsorge für Alkoholkranke. Berlin. Schötz. (S. 222*.)
27. *Kafka*, Zur Neuropathologie des Auges bei Psychosen. Med. Kl. Nr. 31, S. 120. (S. 223*.)
28. *Kehrer*, Die Abstinenzpsychosen bei chronischen Vergiftungen (Saturnismus, Paraldehydismus). Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 3, H. 4, S. 472. (S. 229*.)
29. *Koch*, Über psychische Störungen, die durch gewerbliche Tätigkeit entstehen, vom Standpunkte der Hygiene betrachtet. Vjhrschr. f. gerichtl. Med. 39, Bd. 2, Suppl. S. 160. (S. 217*.)
30. *Laudenheimer*, Zur Behandlung und Theorie des Bromismus. Neurol. Zentralbl. Nr. 9, S. 461. (S. 228*.)
31. *Luedtke*, Zur Lehre von den Intoxikationspsychosen. Diss. Kiel. (S. 227*.)
32. *Margulies*, Pupillenanomalien bei Alkoholisten. Arch. f. Psych. u. Nervenkrkh. Bd. 47, H. 1. (S. 223*.)
33. *Minor*, Zahlen und Beobachtungen aus dem Gebiete des Alkoholismus. Korsakowsches Journ. f. Neuropath. u. Psych. H. 2—3 (russisch). (S. 221*.)
34. *Moerchen*, Epileptoide und delirante Zustände bei kombiniertem Morphium- und Isopralmißbrauch. Mtschr. f. Psych. u. Neurol. Bd. 28, H. 1, S. 35. (S. 226*.)
35. *Moreira*, Geistesstörungen bei Leprakranken. Allg. Ztschr. f. Psych. Bd. 67, H. 2, S. 293.
36. *Morstatt*, Experimentelle Untersuchungen über Auffassung und Merkfähigkeit bei Kranken mit Korsakoffschem Symptomenkomplex. Wien. klin. Rundschau Nr. 36—40, S. 559.
37. *Müller*, Einige Beziehungen des Alkoholismus zur Ätiologie der Epilepsie. Mtschr. f. Psych. u. Neurol. Bd. 28 Ergänzungsh. (S. 220*.)
38. *Müller*, Die Gefahren des gewohnheitsmäßigen Mosttrinkens. Med. Korr. Bl. d. Württemb. ärztl. Landesver. 21. Mai.
39. *Muratori*, Pellagra, epilessia e mericismo. Arch. di Antropol. criminale, psichiatria, medicina legale e scienze affine 30, fasc. 3.
40. *Nadal*, Intoxication complexe. Syndrome typique de la paralysie générale évoluant vers la guérison. L'Enciphale 5, 442.



41. *Naudascher*, Trois cas d'hallucination speculaires. Annal. méd.-psych. mars avril p. 284. (S. 223*.)
42. *Pelz*, Ein Fall von rein sensibler Polyneuritis alkoholika. Deutsche med. Wschr. Nr. 33. (S. 225*.)
43. *Pilgrim*, Alcoholic amnesia and automatism. The americ. journ. of ins. vol. 67, n·. 1, p. 109. (S. 224*.)
44. *v. d. Porten*, Behandlung des Delirium tremens mit Veronal. Ther. d. Gegenw. Nr. 6. (S. 223*.)
45. *Raether*, Mitteilung über einen Fall von Psychose nach Fleischvergiftung. Deutsche med. Wschr. Nr. 8, S. 353. (S. 229*.)
46. *Raimann*, Bewußtsein und Intoxikation. Wien. kl. Wschr. Nr. 22, S. 800. (S. 217*.)
47. *Raubitschek*, Zur Pathognose der Pellagra. Wien. klin. Wschr. Nr. 26, S. 963. (S. 230*.)
48. *Ravenna* e *Pighini*, Sul Metabolismo delle Muffe. Ricerche sull' Aspergillus Fumigatus. Rendiconti della R. Accademia dei Lincei vol. 19, fasc. 6. (S. 230*.)
49. *Rittershaus*, Ein Fall von Alkoholhalluzinose (Alkoholwahnsinn) im Kindesalter. Ztschr. f. d. Erforsch. u. Behandl. d. jugendl. Schwachsinns Bd. 3, H. 6, S. 476. (S. 222*.)
50. *Rodiet*, Les troubles de l'intelligence dans les délires par intoxication. Arch. générales de méd. 3, p. 449.
51. *Rosendorff*, Über einen Fall von Veronalvergiftung. Berl. klin. Wschr. Nr. 20, S. 934. (S. 227*.)
52. *Roubinovitch*, Sur les affets curatifs d'une réaction meningée aseptique provoquée chez un éthylique chronique, mélancolique, persécuté, halluciné de la vue et de l'ouie par l'injection arachnoidienne de 5 cmm de liquide céphalorachidien sterilisé de cheval. Journ. méd. de Paris Nr. 30.
53. *Rybakow*, Die Heredität als Ursache des individuellen Alkoholismus. Korsakoffsches Journ. f. Neuropath. u. Psych. Bd. 10, S. 338.
54. *Scholomowitz*, Die Antialkoholbewegung in Rußland. Newrologitscheski Wjestnik (Bote) Bd. 17, H. 3. (S. 221*.)
55. *Sichel*, Der Alkohol als Ursache der Belastung. Neurol. Zentralbl. Nr. 14, S. 738. (S. 219*.)
56. *Sollier*, Méthode physiologique de démorphinisation rapide basée sur 357 cas de guérison. Journ. de méd. de Paris p. 875. (S. 227*.)



57. *Sollier*, Un cas remarquable de cocainomanie. Journ. de méd. de Paris no. 3. (S. 227*.)

58. *Stanley*, A report of three cases of Korsakows psychosis. The americ. journ. of insan. vol. 66, nr. 4, p. 613.

59. *Stertz*, Residualwahn bei Alkoholdeliranten. Allg. Ztschr. f. Psych. Bd. 67, H. 4.

60. *Stöcker*, Klinischer Beitrag zur Frage der Alkoholpsychosen. Jena. G. Fischer. 298 S. (S. 218*.)

61. *Stoddart*, A theory of the toxic and exhaustion psychoses. The journ. of ment. science vol. 56, nr. 234, p. 418. (S. 217*.)

62. *Strorath*, Habitueller Chloroformmißbrauch. Deutsche med. Wschr. Nr. 29, S. 1362. (S. 227*.)

63. *Thoma*, Pathologische Anatomie der Korsakoffschen Psychose. Allg. Ztschr. f. Psych. Bd. 67, H. 4.

64. *Turner*, Alcoholic insanity (Korsakows polyneuritic psychosis). Journ. of ment. sciences nr. 232, p. 25. (S. 225*.)

65. *Ulrich*, Über die praktische Verwendung des Kochsalzes in der Behandlung der Epilepsie. I. Kochsalz gegen Bromismus. Neurol. Zentralbl. Nr. 2, S. 74. (S. 228*.)

66. *Ulrich*, Weitere Mitteilungen über die praktische Anwendung des Kochsalzes in der Behandlung der Epilepsie. Münchn. med Wschr. Nr. 22, S. 1173. (S. 228*.)

67. *Valtorta*, L'elemento individuale in accessi psicopatici da intozzicazione alcoolica. Il Manicomio Bd. 26, p. 57.

68. *Weber, L. W.*, Die Behandlung des Morphinismus. Deutsche med. Wschr. Nr. 43, S. 1985. (S. 226*.)

69. *Weidner*, Über die Schädigungen des Nervensystems nach Vergiftung mit Kohlenoxyd. Inaug. Diss. Leipzig.

70. *Westphal*, Über seltene Formen von traumatischen u. Intoxikationspsychosen, insbesondere über aphasische, agnostische und apraktische Störungen bei denselben, zugleich ein Beitrag zur Pathologie des Gedächtnisses. Arch. f. Psych. u. Nervenkrkh. Bd. 47, H. 1. (S. 228*.)

71. *Whittaker*, Alkoholische Getränke und Lebensdauer. Deutsch von Hell, mit Vorwort v. Gruber. München. 24 S. Reinhardt. (S. 221*.)



72. *Wigert*, Die Frequenz des Delirium tremens in Stockholm während des Alkoholverbotes August und September 1909. Ein Beitrag zur Frage vom „Abstinenzdelirium". Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 1, H. 4, S. 556. (S. 223*.)
73. *Wood*, The appearance of pellagra in the United States. The Alienist and neurol. vol. 31, Nr. 2, p. 198.
74. *Wwedensky*, Über die Methoden der ambulatorischen Behandlung des Alkoholismus. Sowremennaja Psychiatria H. 6—7 (russ.). (S. 222*.)
75. *Zsako*, Über die in der Kolozswárer Irrenklinik beobachteten Pellagrapsychosen. Orwas. Hetilap Nr. 39, ungarisch.

a) Allgemeines.

Stoddart (61) faßt Vergiftungs- und Erschöpfungspsychosen, postfebrile und akute halluzinat. Verwirrtheit, sowie die Amentia zusammen, — mag nun Alkohol, Belladonna und Haschisch oder geistige oder körperliche Überanstrengung oder Schreck die Ursache sein, — da sie alle die gleichen Symptome haben. Sehr charakteristisch ist die periphere Anästhesie, meist an Armen und Beinen, seltener an Kopf und Brust, dazu kommen mangelhafte Auffassung bekannter Gegenstände, Geräusche und Sentenzen, ferner Halluzinationen, völlige Verwirrtheit und Apraxie. Verf. konstatiert eine positive und negative Halluzination z. B. Pat. sieht ein Gesicht (positiv), aber nicht Gegenstände, die daneben sind (negativ) und schließt daraus auf eine Dissoziation des peripheren Neurons vom Gehirn und Störung des Assoziationsablaufs unter der Voraussetzung, daß diese Dissoziation nur in den Leitungsbahnen vor sich geht; denn ein öfters wiederholter Reiz wird perzipiert, ein einfacher nicht. Schließlich macht Verf. noch die interessante Entdeckung, daß kleine subkutane Strychnininjektionen, mehrmals täglich, die Halluzinationen verschwinden und die Sensibilität wiederkehren lassen; doch nur bei diesen Fällen, denn bei Dementia praecox tritt danach Verschlimmerung ein. Aus seinen Beobachtungen schließt Verfasser, daß die Symptome der akuten Verwirrtheit herrühren von einem verstärkten Widerstand in den Leitungsbahnen.

(*Werner*-Andernach.)

Die Arbeit *Kochs* (29) über psychische Störungen, die durch gewerbliche Tätigkeit entstehen, ist deshalb als beachtenswert hier anzuführen, als sie, abgesehen von der Erwähnung der kalorischen Schädlichkeiten, die *Koch* als ätiologisches Moment der Lues, dem Alkohol und dem Trauma gleichstellt, sich eingehend mit Intoxikationen und ihren psychischen Folgen beschäftigt und einen guten Überblick über die Psychosen nach Vergiftung durch Blei, Mangan, Schwefelkohlenstoff, Kohlenoxyd, Anilin und seine Derivate gibt.

Eingehend bespricht *Raimann* (46) die Psychopathologie der Vergiftungen, in erster Linie die der Alkoholintoxikation, weiter auch die aller anderen bekannten



Gifte. Zu einem Auszuge eignen sich die Ausführungen nicht, sie enthalten einen guten Überblick. Die Beeinflussung des Bewußtseins durch das Gift ist nach *Raimann* nur Teilerscheinung einer allgemeinen Störung. Man muß zu der Frage kommen, ob nicht alle psychopathischen Erscheinungen in letzter Linie und aus nahmslos als toxisch bedingt erklärt werden können.

Damaye und *Mézie* (15) empfehlen für die Behandlung der akuten und subakuten Verwirrtheitszustände die Anwendung von Knochenmark und Milz von Kälbern in ganz frischem Zustande als ein Mittel, das die Phagozytose und damit die natürlichen Abwehrmittel gegen toxisch-infektiöse Prozesse unterstützt, und berichten über fünf in dieser Weise behandelte Fälle.

b) Alkoholismus.

In einem Kurs über Alkoholismus besprach *Bleuler* (8) die Psychologie des Trinkers. Die psychischen Eigentümlichkeiten des Trinkers setzen sich zusammen aus den angeborenen, einer Willensschwäche und einer Anlage des Gehirns, und den durch den Alkohol hervorgebrachten, bei den verschiedensten Menschen außerordentlich gleichartigen. Die akute Alkoholvergiftung, der Rausch, zeigt bekanntlich ähnliche psychische Symptome, wie die sind, die wir bei der Paralyse finden, aber auch der chronische Alkoholismus verändert die Psyche in ähnlicher Richtung. wir finden: Affektivität, Mangel an Ausdauer und Nachhaltigkeit im Streben und Handeln, Suggestibilität, Abstumpfung des Ehrgefühls, Neigung zu Ausreden und Lügen, Mißtrauen, Eifersucht, geschwächte Überlegungskraft und Nachlaß des Gedächtnisses.

Stöcker (60) hat in 90 Fällen, die in den letzten 10 Jahren als Alkoholpsychosen in die Erlanger Anstalt Aufnahme gefunden hatten, persönlich genau katamnestische Erkundigungen eingezogen, die sich besonders auch auf die Zeit vor der Aufnahme bezogen, also eigentlich Nachuntersuchungen „katanamnestischer“ Art waren. Auf Grund seiner Erfahrungen hält er eine reine lediglich durch Alkoholgenuß bedingte Geistesstörung für etwas überaus seltenes, wenigstens in Mittelfranken, wo meist das harmlosere Getränk des Bieres, selten Wein und Schnaps getrunken werden. In der überwiegenden Mehrzahl seiner Fälle war s. E. der Alkoholismus nicht nur als Ausdruck minderwertiger Veranlagung, sondern vor allem in den meisten Fällen als Symptom einer ganz bestimmten Grundpsychose aufzufassen *St.* teilt seine Fälle in 5 Gruppen: 1. Epilepsie als Grundlage des chronischen Alkoholismus; 2. Manisch depressives Irresein; 3. Dementia praecox; 4. andere Psychosen und Psychopathien und 5. unklare Fälle. 34 seiner Alkoholisten waren trinkende Epileptiker. Die bei Epileptikern so häufig beobachtete Trunksucht hält *St.* nicht allein für die Folge von Belastung durch Trunksucht der Eltern und von mißlichen sozialen Verhältnissen, sondern nimmt daneben einen primären zwingenden Hang zum Trinken an. Im Gegensatz zu *Gaupp* ist er der Ansicht, daß der Dipsomane gerade in den Zeiten dipsomanischer Verstimmung große Mengen Alkohol vertragen kann, ohne eigentlich betrunken zu werden. Der Alkoholismus bei manisch-melancholischem Irrsinn ist wohl stets als manisches Symptom zu



deuten. Die meisten seiner 27 Fälle bezeichnet *St.* als chronische Manie, eigentlich chronisch hypomanisches Temperament, einen „psychopathischen Seelenzustand, der die Persönlichkeit in der frühesten Jugend bis ins hohe Greisenalter hinein beherrscht und deutlich die abgeschwächten Symptome reiner Manie, heitere exaltative Verstimmung, Ideenflucht, Rede- und Bewegungsdrang nebst deren Folgesymptomen erkennen läßt!" Die hypomanischen Erscheinungen werden durch den Alkoholismus mehr oder minder vollständig verdeckt und erst nach längerer Abstinenz sind sie zu erkennen, wodurch die Diagnosestellung anfangs erschwert wird. Der Chronisch-Manische ist der Gelegenheitstrinker im reinsten Sinn des Wortes, das Opfer unserer Trinksitten. Die Gruppe der Dementia praecox umfaßt nur 14 Fälle. *St.* stellt sich auf den Standpunkt, daß es sich in den unter dem Namen der Alkoholparanoia beschriebenen Fällen um echte Fälle von Dementia praecox handelt, bei denen nur der Alkoholismus ein Symptom oder vielleicht auch ein auslösendes Hilfsmoment darstellt und daß kein Grund vorliegt, ein eignes Krankheitsbild des halluzinatorischen Schwachsinns der Trinker oder der Alkoholparanoia aufzustellen. Die geringe Zahl der Psychopathien und Hysterien unter seinen Alkoholisten führt *St.* auf die erschwerten Aufnahmebedingungen der Anstalten zurück, in denen leichte Fälle nicht Aufnahme finden. *St.* faßt seine Ansicht daraufhin zusammen: „Der chronische Alkoholismus ist wohl immer in erster Linie das Symptom einer geistigen Erkrankung; er vermag jedoch eine bis daher latent gebliebene Epilepsie, chronische Manie, Dementia praecox usw. so zu steigern, daß es zu einem raschen Auftreten turbulenter Krankheitserscheinungen kommt; er vermag auch für einige Zeit dieser Grundkrankheit ein eigenartiges Gepräge oder eine eigenartige Färbung zu geben, die zunächst sinnenfällig in die Erscheinung tritt und so die Symptome der Grundkrankheit verdecken kann. Er vermag ferner auch auf dem Boden dieser Grundkrankheit selbständige Krankheitsbilder zu erzeugen."

Den praktischen Wert seiner Ergebnisse erblickt *St.* darin, daß sich über die Heilbarkeit, die in erster Linie von dem Grundleiden abhängig ist, eine sicherere Prognose stellen lassen wird, und den Kernpunkt der Therapie darin, daß die Behandlung in besonderen unter psychiatrischer Leitung stehenden Anstalten erfolgen soll.

Die Untersuchungen *Sichels* (55) über die Rolle, die der Alkoholismus der Aszendenz als Ursache der Belastung spielt, stützen sich auf 308 Kranke (225 M. 83 Fr.), die in dem Jahre 1907/08 als Alkoholbelastete, Trunksucht der Eltern oder naher Verwandter, in die Frankfurter Irrenanstalt aufgenommen wurden. Davon litten 39,9 % an chronischem Alkoholismus, 10,4 % an Iditoie und Imbezillität, 14,3 % an Dementia praecox, 3,6 % an manisch-depressivem Irresein, 15,2 % an Epilepsie, 7,5 % an Hysterie, 0,6 % an traumatischer Psychose, 4,6 % an Paralyse und organischen Geistesstörungen, 1,6 % an Psychosen des Seniums und 2,3 % an anderen Psychosen. Auffallend und vielleicht mit der verhältnismäßig geringen Bedeutung, die dem Schnaps zukam, zu erklären, ist die Seltenheit der neuritischen Symptome und des *Korsakoff*schen Symptomenkomplexes. Häufig dagegen war das frühzeitige Eintreten arteriosklerotischer Gefäßveränderungen. Das Krankheitsbild der Dementia praecox war häufig im Beginn durch delirante Symptome getrübt.



Von besonderem Interesse sind die Daten über die Nachkommenschaft der aus Trinkerfamilien stammenden Kranken, also die Enkelkinder der dem Trunke ergebenen Individuen. Bei 130 verheirateten Kranken waren nicht weniger als 22 Ehen ohne jegliche Nachkommenschaft, von 10 Ehen war nichts sicheres in Erfahrung zu bringen, aus den übrigen 98 Familien stammten 205 gesunde Kinder, 200 gingen vor, bei oder kurz nach der Geburt zugrunde und 42 litten frühzeitig an krankhaften Erscheinungen des Nervensystems, Krämpfen, Schwachsinn, Hysterie, Rachitis, Tuberkulose usw., von 118 lebenden Kindern war über die Gesundheitsverhältnisse nichts bekannt. Die Kriminalität spielt nicht nur bei den Trinkern, sondern auch bei dem Nachwuchs von Trinkern eine große Rolle, besonders sind es die Verstöße gegen die öffentliche Ordnung, die Eigentumsdelikte und die Verbrechen und Vergehen gegen die Person, aber nicht solche schwerster Art. Bei 133 Männern waren 1528 Verurteilungen zu verzeichnen, bei einem allein 142, bei 12 Frauen 179. Das Fazit der Untersuchung ist: „daß die Trunksucht die Nachkommenschaft der ihr Verfallenen nicht nur in psychischer, sondern auch in sozialer Hinsicht gefährdet, daß die aus Trinkerfamilien stammenden Individuen durch ihr trauriges Erbe, die psychische Minderwertigkeit, geradezu disponiert sind, im Leben Schiffbruch zu leiden." Die modernen Fürsorgegesetze, Jugendgerichtshöfe, vor allem eine Angliederung von Jugendabteilungen an die Heilanstalten, wie in Frankfurt, sind Einrichtungen, die den Gefahren, die den infolge von Alkoholismus der Eltern widerstandsunfähigen Kindern drohen, zu begegnen vermögen.

Müller (37) kommt bei seinen Beobachtungen über einige Beziehungen des Alkoholismus zur Ätiologie der Epilepsie an dem Material der Anstalt für Epileptische in Zürich zu folgenden Resultaten: Die Zeugungskurve von 847 Epileptischen zeigt prinzipiell einen gleichen Verlauf wie die der Schwachsinnigen (*Bezzola*), dagegen sind die Maxima der Epileptikerkurve viel in die Augen fallender. Da diese auf die Zeiten im Jahre fallen, in denen am meisten Alkoholika konsumiert werden, so ist es klar, daß die Epilepsie in noch viel höherem Grade eine Folge des elterlichen Alkoholismus ist. Letzteres beweist auch die Hereditätsstatistik von 503 Epileptikern, indem die alkoholische Heredität 4 mal häufiger angegeben wird als die durch Epilepsie. Für das Schicksal der Nachkommen ist das von Großeltern mütterlicherseits überkommene Keimplasma oft ausschlaggebend, indem die Töchter, ohne selbst abnorm zu sein, blastophthorisch veränderte Keime besitzen. Die Alkoholepilepsie als eine auf gesunder Basis durch den Genuß geistiger Getränke erzeugte Epilepsie existiert nicht. Der Alkohol vermag im Individuum latente Epilepsie zu entfesseln, resp. die vorhandene Spasmophilie so zu steigern, daß früher oder später eine Epilepsie ausbricht. Alle diese Formen von Epilepsie heilen in der Regel bei Enthaltsamkeit von alkoholischen Getränken ohne jede weitere Therapie; Aufgeben der Abstinenz veranlaßt erneuten Ausbruch der Krankheit, der nicht immer reparabel ist, sondern oft genug zu epileptischem Schwachsinn führt. Der Alkoholgenuß stillender Frauen vermag beim Säugling epileptische Krämpfe hervorrufen. Epileptiker sollen sich jeglichen Alkoholgenusses strikte enthalten.



In 3. Auflage ist der Vortrag von *Bunge* (12) über Alkoholvergiftung und Degeneration erschienen, in dem er seine bekannten statistischen Schlußfolgerungen in die Sätze zusammenfaßt: die Tochter eines Trinkers verliert in der Regel die Fähigkeit ihr Kind zu stillen und diese Fähigkeit ist fast immer verloren für alle komenden Geschlechter. Die Unfähigkeit zum Stillen paart sich mit anderen Symptomen der Degeneration, insbesondere mit einer Widerstandsunfähigkeit gegen Erkrankungen an Nervenleiden, Tuberkulose und Zahnkaries.

Minor (33), dem das große Material des Moskauer Ambulatoriums für Trinker zur Verfügung stand, teilt einige interessante Daten und Schlüsse aus seinen Beobachtungen mit. Die meisten Besucher des Ambulatoriums waren Kleinhändler (11 %), Schneider (7,5 %) und Schuster (6,5 %). Frauen bildeten nur einen kleinen Teil der Behandelten (13,5 %), davon waren die meisten (61 %) verheiratet, 25 % waren Witwen. Von den Männern waren 83,5 % verheiratet. Die meisten Patienten (47,5 %) fingen im Alter von 15—20 Jahren zu trinken an, doch finden sich auch solche (4,5 %), die schon mit 10 Jahren dem Alkohol huldigten. Der Verfasser kommt zu dem traurigen Schluß, daß das Studium der Gesetze der Alkoholerblichkeit in einem Milieu, in dem fast aller Männer trinken, unmöglich ist. Jedenfalls spielen hier die Bedingungen des Milieus eine größere Rolle, als die Erblichkeit. Am wirksamsten ist der Alkoholismus durch Änderung der sozialen Bedingungen, sowie durch Erschwerung der Beschaffung von Getränken zu bekämpfen. Die sich in Rußland einbürgernden Ambulatorien sollen — trotzdem ihr Nutzen nicht zu verkennen ist — zweckmäßigerweise durch stationäre Heilanstalten ersetzt werden. (*Fleischmann*-Kiew.)

Die von *Gruber* in einem Geleitwort als eines der wertvollsten Dokumente der gesamten Antialkoholliteratur bezeichnete Schrift von *Whittaker* (71) erbringt unter Benutzung der Statistik der United Kingdom Temperance and General Provident Institution für die Jahre 1841—1901 unter Erwägung und Abweisung aller möglichen Einwände den Beweis, daß in der Abstinentenabteilung der genannten Lebensversicherung die Sterblichkeit im Durchschnitt um 36 % geringer war, als in der allgemeinen Abteilung und daß die Behauptung, die Enthaltsamkeit von allen berauschenden Getränken fördere die Gesundheit und verlängere die Lebensdauer, durch die Tatsachen und durch die Erfahrung der Lebensversicherungen bestätigt wird.

Scholomowitz (54) entwirft in kurzen Zügen die Geschichte der russischen Antialkoholbewegung, die in ihren Anfängen einen halb religiösen Charakter trug. In der Mitte des vorigen Jahrhunderts gründeten die Geistlichen in verschiedenen Gegenden Rußlands Enthaltsamkeitsvereine, die den Namen „Brüderschaften" trugen. Da aber der Schnaps die Haupteinnahmequelle des Staates bildete, so schritt die Regierung energisch gegen diese Bewegung ein. Die Geistlichen wurden angehalten, etwaige Gelübde zu lösen, geleistete Eide für ungültig zu erklräen. Erst gegen Ende des Jahrhunderts nahmen die oberen kirchlichen Organe eine andere Haltung ein, und die Gründung von Abstinenzvereinen wurde gestattet.

Den größten Teil seiner Arbeit widmet der Verfasser dem ersten russischen Kongreß zur Bekämpfung der Trunksucht, der in Petersburg vom 6. Dez. 1909

bis zum 6. Jan. 1910 tagte. Die Bedeutung dieser Tagung schätzt der Verfasser sehr hoch ein. Hier wurde zuerst in Rußland in voller Öffentlichkeit der Alkoholismus als soziales Übel beleuchtet und sein ursächlicher Zusammenhang mit der Armut der Volksmassen betont. In der Frage „Abstinenz oder Mäßigkeit" entschied sich der Kongreß für vollständige Abstinenz, da sich in Rußland Mäßigung im Genuß von Spirituosen noch schwerer als anderswo durchführen läßt. Scharf kritisiert wurde das russische System des staatlichen Branntweinverkaufsmonopols, von dem ursprünglich in gewissen Kreisen eine Einschränkung des Alkoholverbrauchs erwartet wurde. In dieser Beziehung hat dieses System vollständig versagt. Im Gegenteil bildet der Umstand, daß der Staat ein Interesse an möglichst großem Alkoholkonsum hat, ein mächtiges Hindernis für die Fortschritte der russischen Antialkoholbewegung. Von den positiven Vorschlägen verdient Beachtung die Betonung der Notwendigkeit der Aufklärung der Schuljugend über den Alkoholismus, seine Ursachen und Folgen. (*Fleischmann*-Kiew.)

Wwedenski (74) machte es sich zur Aufgabe, die Resultate der ambulatorischen Behandlung des Alkoholismus durch genaue Erkundigungen und persönliche Nachfragen festzustellen. Ein Teil der Patienten wurde nach den allgemeinen Regeln der Psychotherapie ohne Hypnose behandelt, ein anderer Teil wurde einer hypnotischen Behandlung unterzogen, wobei darauf Bedacht genommen wurde, daß beide Verfahren an möglichst gleichwertigem Material zur Anwendung kämen. Es stellte sich heraus, daß die Behandlung mittels Hypnose die überlegenere war. Am Ende des ersten Jahres blieben 28 % der durch Hypnose Behandelten abstinent, während die andere Kategorie nur 14 % ergab. Die Trinker unterzogen sich der hypnotischen Behandlung eifriger und mit mehr Ausdauer, als das bei den ohne Hypnose Behandelten der Fall war. Nach einem weiteren Jahre gleichen sich die Resultate allerdings aus, da die entsprechenden Zahlen in beiden Kategorien rapide sinken und die Zahl der abstinent Gebliebenen nur noch 9 % beträgt.

(*Fleischmann*-Kiew.)

Für die Behandlung chronischer Alkoholisten empfiehlt *Eschle* (20) die Entwöhnung von Alkohol auf dem Wege der strikten Abstinenz, die ohne Gefahr plötzlich einsetzen kann, sowohl bei Quartalssäufern, die auf Grund einer psychopathischen oder epileptischen Grundlage periodisch triebartig trinken, als auch bei den Potatoren aus Gewöhnung und aus Willensschwäche. Die Behandlung geschieht am besten in Pflegeanstalten mit strenger Hausordnung und Erziehung nicht nur durch, sondern auch zur Arbeit.

Hesse (26) schildert die Organisation und die praktische Tätigkeit der Berliner Auskunfts- und Fürsorgestelle für Alkoholkranke, die in Verbindung steht mit der Fürsorgestelle für Lungenkranke.

Rittershaus (49) beobachtete das sonst in der Literatur in einem so jugendlichen Alter noch nicht beschriebene Auftreten einer typischen Alkoholhalluzinose bei einem 16 Jahre alten Knaben, der aus einer Trinkerfamilie stammend, fast schon in der Wiege zum Schnapsgenuß gezwungen wurde und im Alter von 11½ J. zuerst an Alkoholhalluzinose erkrankte, die sich besserte und später rezidivierte.



Möglicherweise trug zur Verschlimmerung die Einatmung von Benzindämpfen bei der Beschäftigung in einer Färberei bei.

Naudascher (41) sah bei drei Kranken, von denen zwei Alkoholisten, der dritte Kokainist war, Gesichtshalluzinationen von der eigenen Person und erinnert an die bekannte Halluzination Goethes und die Schilderungen von Walter Scott, Edgar Poe, Guy de Maupassant usw. Auffallend ist das Fehlen von Angstzuständen und Depression, was dafür spricht, daß es sich um reine Gesichtshalluzinationen handelt. In der Mehrzahl der Fälle von solchen Erscheinungen des eigenen Spiegelbildes liegt eine infektiöse oder toxische Ursache vor.

Zu der noch immer offenen Frage über das Vorkommen von reinem Abstinenzdelirium bringt *Wigert* (72) einen wertvollen Beitrag. Bei dem schwedischen Generalstreik im August 1909 wurde für Stockholm ein Alkoholverbot erlassen, das nur den Ausschank von Wein und Bier an speisende Gäste bei der Mahlzeit erlaubte, Verkauf und Ausschank von Branntwein untersagte. Das Verbot umfaßte die Zeit vom 4. August bis zum 7. September. Unter Ausschluß aller Fälle von Komplikation mit anderen Krankheiten und mit Unfällen, sowie der Fälle, die in der Haft auftraten, stellte *Wigert* die wöchentliche Frequenz des unkomplizierten Deliriums in Stockholm während der Zeit vom 1. April 1908 bis zum 9. November 1909 zusammen und fand, daß in der ganzen Zeit vor dem Alkoholverbot die durchschnittliche Frequenz pro Woche 4,6 betrug, dagegen in der Woche vom 4. bis 10. August 1909 auf 16, also fast das Vierfache der Durchschnittszahl stieg, dann in der zweiten Woche des Verbots nur einen und in den folgenden vier Wochen keinen Fall aufwies, bis nach Aufhebung des Alkoholverbots die Frequenz wieder langsam zu der gewöhnlichen Anzahl aufstieg. Die Beobachtung spricht für die Existenz eines Abstinenzdeliriums, wenn auch die geringe Anzahl der Fälle weitgehende Schlüsse nicht zuläßt.

v. d. Porten (44) schlägt folgende Behandlung des Delirium tremens vor: 1 g Veronal gleich bei der Aufnahme, nach 1 bis 2 Stunden wieder 1 g, das genügt bei Delirium imminens meistens, bei schon ausgebrochenem Delirium muß vor Ablauf von 5 Stunden noch ein drittes Gramm Veronal gegeben werden. Bei resistenten Fällen wurden innerhalb 12 Stunden 4 g gegeben ohne nachteiligen Einfluß auf Puls und Atmung. Bei schlechtem Puls wurde Digitalis, nur selten Alkohol verabreicht. Die Dauer der wegen Unruhe notwendigen Isolierung betrug früher unter Chloralbehandlung durchschnittlich 1,4 bis 1,7 Tage, unter der Veronalbehandlung nur 0,35 bis 0,83 Tage; die Mortalitätsziffer sank von 9 % (bei 396 Fällen) auf 3,4 % (bei 264 Fällen).

Kafka (27) beobachtete bei einem 24 jährigen Imbezillen mit Pfropfhebephrenie in einem pathologischen Rauschzustande vollkommene Pupillenstarre für Licht, Konvergenz und Akkomodation und hält diese für ein Unterscheidungsmerkmal gegenüber einem gewöhnlichen Rausche.

Margulies (32) stellte aus 304 Krankengeschichten der in der Kieler Klinik seit 1904 aufgenommenen Alkoholisten die Angaben über Pupillenreaktion zusammen und untersuchte 45 frisch eingelieferte Kranke. Bei den 47 Deliranten fand er nur in 10 Fällen träge bis starre Lichtreaktion und kam zu dem Ergebnis,



daß es sich bei den flüchtigen Pupillenstörungen der Alkoholdeliranten sehr oft um einen Zusammenhang mit epileptischen Anfällen handelt, also die Störungen möglicherweise auf einer toxischen Reizung der Hirnrinde beruhen. Unter 23 an akuter Alkoholparanoia leidenden Männern hatten 8 Störungen der Pupillenreaktion. Beim *Korsakoff*schen Symptomenkomplex, chronischem Delirium, Alkoholparalyse ist die reflektorische Lichtstarre oder -Trägheit häufig und dadurch wird die Differentialdiagnose gegen Paralyse schwierig. Beim chronischen Alkoholismus hat *M.*, wenn keine Komplikationen, Lues, Arteriosklerose, Trauma, Senium oder Epilepsie vorlagen, keine dauernde Pupillenstarre und selten auch nur flüchtige Störungen der Reaktion beobachtet.

Arndt (3) untersuchte 194 geisteskranke Potatoren und fand bei 99 Deliranten in 30 %, bei 26 Kranken mit Abortivdelirien in 15,4 % und bei 69 aufgenommenen nicht deliranten Alkoholikern in 30,4 spontane Glykosurie. Bei den Deliranten trat die spontane Glykosurie in einem Drittel der Fälle entweder in den letzten Tagen des Deliriums oder auch schon früher auf. In der überwiegenden Mehrzahl der Fälle von Zuckerausscheidung bei den Nichtdeliranten, 17 von 21, war nach 3 Tagen Zucker im Urin nicht mehr nachzuweisen. Die Frage der Pathogenese der Glykosurie bei Alkoholisten ist noch nicht geklärt. Man wird für das Auftreten von Zucker nach Alkoholgenuß außer einer individuellen Veranlagung die toxische Wirkung des Alkohols auf irgendwelche mit dem Kohlehydratstoffwechsel in Verbindung stehende Organe verantwortlich machen. Weiter ist es Tatsache, daß bei dem Delirium die ihm zugrunde liegenden Stoffwechselstörungen oder Organveränderungen eine Herabsetzung der Assimilationsfähigkeit für Kohlehydrate herbeiführen. Albuminurie fand *A.* bei 106 Deliriumfällen in 68 %.

Pilgrim (43) berichtet über 3 Fälle von alkoholischer Amnesie und Automatismus.

1. Gebildeter Mann, 51 Jahre alt, notorischer, periodischer Trinker, hereditär belastet, war schon mehrfach in Behandlung. Pat. entfernte sich diesmal nach Alkoholgenuß aus der Anstalt und tauchte 14 Tage später in New York auf, ohne sich im geringsten an diese Zeit erinnern zu können. Durch Recherchen wurde festgestellt, daß Pat. in dieser Zeit mehrere ganz gleiche Untaten begangen hatte, an die er nicht die geringste Erinnerung besaß.

2. Hereditär belasteter Engländer, seit 3 Jahren Trinker. Pat. begann an Leberzirrhosis zu leiden und bat um 1 Tag Urlaub. Am übernächsten Nachmittag meldete er sich auf einer 140 km entfernten Polizeiwache, wußte weder seinen Namen, noch wie er dorthin gekommen war. Im Hospital blieb die Amnesie, Pat. war sonst unsozial, deprimiert, aber geordnet, Sensibilität und Pharynxreflexe herabgesetzt, Kornealreflex erloschen. Wegen dieser hysterischen Züge wurde Pat. zweimal hypnotisiert, er stockte beim Hersagen des Alphabets beim W. Schließlich fiel ihm sein mit W anfangender Name auch seine Adresse ein. Allmählich kehrte das Gedächtnis bis auf die 2 Tage zurück. Pat. äußerte gelegentlich Geruchshalluzinationen und wollte in der amnestischen Zeit schreckliche Tiere gesehen haben, doch bestand Krankheitseinsicht. Die Diagnose lautete hysterische Amnesie unter dem Einfluß von Alkohol.



3. 39 jähriger Schneider, hereditär belastet. Pat. kam mit 15 Jahren in die Lehre, begann mit 17 Jahren zu trinken und fing mit 21 Jahren an, sich mit Spiritismus zu beschäftigen und für ein großes Medium zu halten. Er wollte seit 2 Jahren von einem weiblichen Gesicht, das über seine linke Schulter starre, belästigt sein, nur durch Trunk könne er sich davon befreien. Nach einem Alkoholabusus am Sonnabend und Sonntag fürchtete Pat. am Dienstag dafür entlassen zu werden, doch geschah dies nicht, weil er an diesen Tagen in seinem traumhaften Bewußtsein ruhig und fleißig gearbeitet hatte. Später trank Pat. wieder eine Woche lang, bekam Streit mit der Frau, die er wegjagte, am Nachmittage fand ihn seine Tochter an der Türklinke hängend. Er kam wieder zu sich und erwachte erregt in einer Zelle umherlaufend. Das Gedächtnis fehlte von Sonntag morgen bis Dienstag nachmittag. Durch hypnotische Sitzungen konnte eruiert werden, daß Pat. am Sonntag bei der Mutter gewesen war und auch dort geschlafen hatte, am Montag trank er statt zu arbeiten, versuchte die Frau zu ermorden, schlief dann bis zum Nachmittage und machte am abend den Selbstmordversuch in raffinierter Weise. Seine letzte Erinnerung war, daß er die Hände in die Taschen steckte, um nicht nach dem Strick zu greifen. Das Gedächtnis blieb bis Dienstag abend erloschen. — Wegen der Halluzinationen usw. dürfte es sich um eine Dementia praecox handeln. Verfasser weist noch auf die Wichtigkeit dieser Beobachtungen für Juristen hin. (*Werner*-Andernach.)

c) Korsakoffsche Psychose.

Auf Grund sorgfältiger klinischer und pathologisch-anatomischer Untersuchungen stellt *Turner* (64) fest, daß die *Korsakoff*sche Psychose nicht allein durch Alkohol bedingt sein kann, denn sonst müßte sie viel zahlreicher vorkommen, sondern daß dabei ein angeborener Defekt der Gehirnstruktur eine ausschlaggebende Rolle spielt. Die klinischen Symptome schwanken sehr. Der Gang ist nur unsicher bei Affektion des Lendenmarks, die tiefern, besonders Patellar- und Achilles-Reflexe sind verschieden stark oder fehlen ganz. Die Pupillen reagieren meist träge, doch an Intensität täglich wechselnd. Die Prüfung der Sensibilität ist schwierig und unzuverlässig. Blutpräparate und Blutdruck ergeben oft widersprechende Resultate. Psychisch besteht immer Gedächtnisschwäche und Desorientiertheit, sehr oft, jedoch nicht immer, Konfabulation. Verfasser sucht diese durch Hemmungen in den Verbindungsbahnen zu erklären, wodurch die Impulse andere freie Bahnen einschlagen. Pathologisch-anatomisch finden sich zahlreiche, jedoch nicht charakteristische, Veränderungen; im allgemeinen wirkt der Alkohol lähmend auf das Nervensystem durch Verfettung und Wucherung. Ob dabei noch Toxine oder Antitoxine eine Rolle spielen, wie die französische Schule behauptet, ist noch unsicher, im allgemeinen muß man jedoch sagen: der Alkoholiker wird als solcher g e b o r e n und ist nicht erst zum Potator geworden. (*Werner*-Andernach.)

Pelz (42) veröffentlicht den seltenen Fall einer rein sensiblen Polyneuritis alcoholica bei einem 31 jährigen Potator, der vor 6 Jahren an einer Polyneuritis arsenicosa gelitten hatte. Das Fehlen jeglicher Ataxie, von Abnormitäten der





elektrischen Erregbarkeit und von Sphinkterstörungen, sowie besonders der negative Ausfall der Lumbalpunktion entschieden die Diagnose gegenüber Tabes, an die das Fehlen der Achillessehnenreflexe und eines Kniesehnenreflexes, vorübergehendes Gürtelgefühl und Pupillenträgheit neben den Sensibilitätsstörungen denken ließ.

Block (9) nimmt in einem Falle von Alkoholneuritis bei einem Phthisiker mit Korsakoffschem Symptomenkoplex an, daß als auslösendes Moment die Toxine, die infolge der Tuberkulose im Blute kreisen, mitgewirkt haben.

d) Morphium und andere Narkotika.

In einem klinischen Vortrage bespricht *Weber* (68) die Behandlung des Morphinismus, dessen Entstehung er ausnahmslos von einer schon vor dem Morphiumgebrauch bestehenden Prädisposition, meist angeborenen degenerativen Anlage abhängig macht. Für die Therapie ist soweit neben der Entwöhnung von Morphium und neben der Heilung der Beschwerden, die zum Morphiummißbrauch Anlaß gegeben hatten, eine Berücksichtigung der „individuellen Unzulänglichkeit" des Kranken, eine psychische Behandlung und eine Überwachung bei neuen körperlichen Erkrankungen, besonders schmerzhaften Leiden, erforderlich. — Die Morphiumentziehung und die Behandlung der Abstinenzerscheinungen ist nur in einer unter Leitung eines spezialistisch ausgebildeten Arztes stehenden Anstalt möglich. Außer den psychischen Störungen (Angst, halluzinatorischen und deliranten Zuständen) tritt manchmal mit der Entziehung ein Zustand auf, der bei erhaltenem Bewußtsein mit oder ohne Angstanfälle sich äußert, in absoluter Gleichgültigkeit gegen alle ethischen Gefühle, in brutaler Rücksichtlosigkeit bei der Erreichung des einen Zieles, sich wieder Morphium zu verschaffen. Ein solcher Zustand während der Entziehung kann als Geisteszustand im Sinne des StGB. aufgefaßt werden, während im übrigen der chronische Morphinist nicht ohne weiteres als geisteskrank in diesem Sinne anzusehen ist. Man ist auch nicht berechtigt, einen Morphinisten, der nicht ausgesprochen geisteskrank ist, gegen seinen Willen in der Anstalt zurückzuhalten.

Moerchen (34) beobachtete bei einem 34 jährigen Dégénéré supérieur, der seit Jahren Morphinist (in der letzten Zeit 1,2 g Morphium pro die in 30 Spritzen) war und seit Monaten durchschnittlich 6 g Isopral pro die nahm, am dritten Tage nach Aussetzen des Isopral und Herabsetzen des Morphiums auf die Hälfte, zwei Anfälle von epileptiformen Konvulsionen und daran anschließend ein Beschäftigungsdelir mit Personenverkennung, euphorischer Stimmung, Halluzinationen und Tremor in der Dauer von 3 Tagen. Die weitere Entziehungskur verlief ganz gut. Unter Berücksichtigung der Literatur kommt *M.* zu der Annahme, daß im Verlauf des chronischen Morphinismus, wahrscheinlich mit Vorliebe bei psychopathischer Disposition, neben epileptischen Anfällen transitorische Psychosen vorkommen, die teilweise klinische Abweichungen vom Bilde des Delirium tremens alkoholikum bieten, in einzelnen Fällen diesem aber vollständig entsprechen, daß in den meisten Fällen die Abstinenz eine ursächliche Bedeutung zu haben scheint, daß vorwiegend solche Fälle von Morphinismus mit Delirium tremens erkranken, bei denen eine



komplizierte Vergiftung (mit Alkohol, Schlafmitteln usw.) den ursprünglichen Zustand im Sinne einer weiteren Schädigung des Zentralnervensystems modifiziert hat und daß diese seltenen Zustände von den übrigen Morphiumpsychosen als selbständige Krankheitsform zu trennen und als das „Delirium tremens der Morphinisten“ zu bezeichnen sind.

Sollier (56) erklärt die Bekämpfung der Morphiumsucht durch andere Hynotika und Narkotika für ein nonsens und empfiehlt auf Grund seiner 20 jährigen Erfahrung an 357 Morphinisten, Kokainisten, Opiophagen usw. als leichteste und beste Therapie seine „physiologische Methode“, die auf einer Förderung der natürlichen Ausscheidung des Giftes durch die Drüsentätigkeit beruht und in fortgesetzter Anwendung von Calomel, Sedlitzer Bitterwasser, in Schwitzkuren usw. besteht. In 5—8 Tagen wird das Morphium bzw. das andere Gift entzogen, die Kur muß aber 50—60 Tage fortgesetzt werden, ehe man eine dauernde Heilung annehmen kann. Die Morphiumsucht ist nicht in erster Linie eine psychische Krankheit, sondern ein organischer Zustand, wie sich aus dem Verhalten der Leukozyten während der Entwöhnung ergibt, das dem entspricht, was man bei akuten Infektionskrankheiten zu sehen pflegt. Versuche haben gezeigt, daß erst etwa 40 Tage nach der Entwöhnung die Blutelemente wieder ganz normal sind.

Sollier (57) erzielte bei einem Arzte, der Morphinist war, seit 15 Jahren täglich 8—12 gr Kokain nahm und schließlich an Sinnestäuschungen und Beeinträchtigungsideen mit Schlaflosigkeit und Reizbarkeit litt, durch brüske Entziehung Besserung und ebenso bei einem Kokainisten mit epileptiformen Anfällen Ausbleiben der Anfälle; er spricht sich gegen die sukzessive Entziehung aus.

Luedtke (31) bespricht den Fall einer geheilten Psychose bei einem 25 jährigen Apotheker, die auf Mißbrauch von Kokain, Morphium und Veronal zurückzuführen war und als Delirium mit Sinnestäuschungen und mit Anklängen an den *Korsakoff*schen Symptomenkomplex verlief.

Nach *Dupouy* (16) ist der Dichter *Baudelaire* ein „grand déséquilibré“ gewesen, der dem Opiummißbrauch verfallen war, auch andere Gifte, Haschisch usw., zu sich nahm, aber nicht, wie man aus seinen Schriften geschlossen hat, als ein Verherrlicher und Apostel dieser Gifte, unter deren Mißbrauch er wirklich litt, aufgetreten ist.

Clérambault (14) beendet seine im vorjährigen Literaturbericht erwähnte Arbeit über die Chloraldelirien und bespricht des Näheren die Differenzialdiagnose insbesondere gegenüber den Alkoholdelirien.

Rosendorff (51) berichtet über einen Fall von Veronalvergiftung bei einem jungen Mädchen mit günstigem Ausgang. 60 stündiges Koma, Fehlen der Reflexe mit Ausnahme des Fußsohlenreflexes, Vermehrung der polymorphkernigen Leukozyten, gesteigerte Temperatur in den ersten 4 Tagen, kein Exanthem. Veronal war bis zum 7. Tage im Urin nachweisbar.

Die Beobachtung *Stroraths* (62) von habituellem Chloroformmißbrauch betrifft eine 51 jährige Hysterika, die seit Kindheit an Migräne litt und die den vom Arzte zu Einreibungen der Stirn verordneten Chloroformspiritus (Ol. chloroform., Spirit. aa.) bald zu Inhalationen durch die Nase gebraucht hatte. So versetzte sich die Kranke 15 Jahre lang fast täglich mit kurzen Unterbrechungen durch die Ein-



atmung von 40—60 gr Chloroformspiritus, also 20—30 gr Chloroform in Narkose. Dauernde auf diesen Abusus zurückzuführende psychische Veränderungen fehlten. Mehrere deliriumartige Zustände hatten mehr hysterischen Charakter. Trotz brüsker Entziehung traten merkwürdigerweise nicht die geringsten Abstinenzerscheinungen auf, wahrscheinlich deshalb, weil auch eine Gewöhnung an das Mittel in dem Sinne, daß zur Erreichung des gleichen Effekts größere Mengen nötig gewesen wären, nicht stattfand.

Laudenheimer (30), der schon 1897 und 1901 auf die Behandlung des Bromismus mit Kochsalz hingewiesen hatte, zeigt durch Stoffwechselversuche an 3 Epileptikern, daß bei chronisch bromisierten Menschen durch reichliche Chlorzufuhr die Bromausscheidung sehr energisch gesteigert wird und schließt, daß der Heileffekt des Kochsalzes zum Teil wenigstens auf direkte Eliminierung angestauter Brommassen beruht. Bei notorisch chlorarmen Kranken, z. B. bei kachektischen und anämischen, sollte man auch prophylaktisch Kochsalz, 3—5 gr. pro die anwenden, auch schon um der Bromfurcht der Epileptiker entgegenzuarbeiten. Die Bromakne ist keine rein lokale Hautangelegenheit, die mit Intoxikation nichts zu tun hat, sondern ein echtes Symptom der Intoxikation und zuweilen gerade als Indikator dafür aufzufassen.

Ulrich (65 und 66) empfiehlt ebenfalls Kochsalz bei der Bromintoxikation der Epileptiker als einziges Gegenmittel, weil es den durch die Bromsalze künstlich erzeugten Chlorhunger sofort stillt. Er gibt Kochsalz innerlich 3 mal 2—4 gr am Tage, ferner eine einprozentige Kochsalzlösung als Mundwasser und feuchte Kompressen mit zehnprozentiger Kochsalzlösung gegen Akne.

e) Andere Gifte.

Fickler (22) beobachtete bei einem 40 jährigen, leicht erregbaren und alkoholintoleranten Manne, der wegen Bronchialasthma 8 Wochen lang mit zwei Unterbrechungen ven 14 und 10 Tagen Atropin in maximaler und darüber hinausgehender Dosis, im Ganzen 0,098 g eingenommen hatte, eine akute halluzinatorische Paranoia von 11 wöchiger Dauer, die mit Halluzinationen in sämtlichen Sinnesgebieten und hochgradiger ängstlicher Erregung einherging und in den ersten 8 Tagen vollständig einem Alkoholdelirium glich. Dann schwanden zuerst die Gesichtstäuschungen, allmählich die übrigen Halluzinationen, am längsten blieben die des Gefühls bestehen. Allem Anschein nach wirkt Atropin kumulierend schädigend auf das Nervensystem ein und daher ist ein Kranker, dem eine Atropinkur verordnet wird und der ein für Gifte empfindliches oder geschwächtes Nervensystem besitzt, unter strenger Beobachtung zu halten.

In der medizinisch-naturwissenschaftlichen Gesellschaft in Jena berichtete *Hellbach* (25) über eine Leuchtgasvergiftung durch einen Selbstmordversuch bei einer an klimakterischer Melancholie leidenden Frau. Als Ursache für die sich anschließende rasche Verblödung sieht er die schwere Gasvergiftung an.

Westphal (70) bringt zugleich mit 4 Fällen traumatischer Psychose einen Fall von Psychose im Anschluß an Eklampsie und 2 Fälle von Psychose nach Kohlen-



oxydvergiftung bei einem Brüderpaar und erörtert eingehend die sämtlichen Fällen eigentümlichen aphasischen, agnostischen und apraktischen Störungen, die nicht als Folge von Herderkrankungen aufzufassen, aber wenigstens bei der Intoxikationspsychose wahrscheinlich auf feinere histologische Veränderungen zurückzuführen sind. Auffallend war die ausgeprägte Agraphie und Alexie. Die amnestischen Störungen, die bei der eklamptischen Psychose sich im wesentlichen zurückbildeten, bei der Kohlenoxydvergiftung bestehen blieben, sind nicht als hysterische aufzufassen, und erinnerten an das *Korsakow*sche Symptom. Sie entstanden im Anschluß an Zustände von Bewußtseinstrübung oder von Bewußtlosigkeit. Das Gemeinsame und Charakteristische in den interessanten Krankheitsbildern läßt es *W.* berechtigt und zweckmäßig erscheinen, unter den traumatischen und Intoxikationspsychosen eine „amnestische Form" abzugrenzen.

Nach allgemeinen Bemerkungen über die Abstinenz, die „kurz als Freisein des Organismus von nachweisbaren Giftresten oder unmittelbaren Giftwirkungen" definiert wird, berichtet *Kehrer* (28) über zwei Maler, bei denen 2 bzw. 3 Monate nach der letzen Hantierung mit bleihaltigen Ölfarben infolge Erkältung eine akute, in 4 Wochen zur Heilung kommende Psychose, akute Paranoia bzw. Amentia auftrat. Die Gleichartigkeit der beiden Sphygmoplethysmogramme, die im Beginn eine später schwindende „Starre des Volumens" gegenüber den verschiedenen Reizen zeigten, wies darauf hin, daß auch in dem 2. Falle, in dem die Diagnose zuerst dunkel war, Bleivergiftung vorgelegen hatte. Unter Berücksichtigung der Literatur kommt *Kehrer* zu der Annahme, daß man symptomatologisch von einer charakteristischen Bleipsychose nicht reden kann, daß das Blei an und für sich jede Form geistiger Erkrankung hervorzurufen vermag und daß diese meist nur relativ seltenen Episoden im Verlauf einer monatelang bestehenden Bleivergiftung darstellen und eine besondere Neigung zu schwerer Bewußtseinstrübung mit motorischen Erscheinungen erkennen lassen. Im Anschluß daran beschreibt *Kehrer* den Fall eines 39 jährigen Arztes, bei dem sich neben Alkoholismus ein chronischer Paraldehydismus entwickelte; in 1½ Jahr wurde die Dosis von 200 g Paraldehyd und 50 g Alkohol täglich erreicht, wobei sich allgemeine Erschwerung aller psychischen Funktionen, Desorientiertheit, Merkfähigkeitsstörung, Ratlosigkeit, Ataxie, Pupillenstörungen und allgemeine körperliche Schwäche geltend machten. Die Abstinenz führte einen Zustand von leichter Euphorie herbei, der am 3. Tage mit einem epileptischen Anfall abschloß. Unter Anwendung von Medinal, Brom und Bädern trat Heilung und völliges Freisein von Bedürfnis nach Alkohol und Paraldehyd ein.

Die *Raether*sche (45) Mitteilung über einen Fall von Psychose nach Fleischvergiftung betraf einen 27 jährigen imbezillen Ziegelarbeiter, der am Tage nach dem Genuß von verdorbenem Pferdefleisch an Leibschmerzen, Erbrechen, Durchfällen, Atemnot, Halsschmerzen und Fieber erkrankte. Am 4. Tage stellten sich ängstliche Delirien ein, die nur 2 Tage anhielten und, was bemerkenswert ist, von einem eintägigen Zustand stuporähnlicher Benommenheit gefolgt waren. Nach weiteren 4 Tagen von Somnolenz trat vollständige psychische Genesung ein. Es blieb eine komplete Amnesie für die ganze Krankheitsdauer von 8—10 Tagenbestehen.



Bei einem 42 jährigen Manne, der am 6. Tage einer Pneumonie an einem heftigen Delirium erkrankte und am folgenden Tage starb, fanden *Guillain* und *Vincent* (24) im liquor cerebrospinalis zahlreiche Pneumokokken fast in Reinkultur, ohne sonstige körperliche Elemente und eine Anhäufung von Leukozyten und Pneumokokken in den Meningen und sehen deshalb in dem halluzinatorischen Delirium eine Vergiftung durch die Toxine der Pneumokokken.

In der Pellagrafrage berichten *Ravenna* und *Pighini* (48) über ihre Versuche, aus Aspergillus fumigatus die toxische Substanz zu isolieren und *Ceni* (13) über die Einwirkung des direkten und indirekten Lichtes auf Extrakte von Penicillium glaucum.

Raubitschek (47) schließt aus seinen bakteriologischen und serologischen Untersuchungen über die Pellagraätiologie, daß die Bazillen- und Intoxikationstheorien den tatsächlichen Verhältnissen keine Rechnung tragen. Dagegen kam er auf Grund von Versuchen mit Lichtbestrahlung von mit Mais gefütterten Tieren zu der Schlußfolgerung, daß die Ernährung mit Mais von guter oder schlechter Qualität an und für sich nicht pellagrogen wirkt, daß aber unter dem Einfluß des Sonnenlichts bei vorwiegender Maisernährung, wahrscheinlich aus den alkohollöslichen Anteilen des Kornes (Lipoiden), an den dem Sonnenlicht ausgesetzten Partien der Haut eine Noxe entsteht, die neben den lokalen Hauterscheinungen auch auf den Gesamtorganismus deletär wirkt.

5. Organische Psychosen.

Ref.: Matusch-Sachsenberg.

1. *Arsimoles* et *Halberstadt*, La paralysie générale juvénile. Ann. médico-psychol. Mai. p. 384. (S. 253*.)
2. *Aufrecht*, *E.*, Zur Pathologie und Therapie der Arteriosklerose. Wien u. Leipzig. Hölder. 47 S. (S. 258*.)
3. *Baccelli*, *M.* (Brescia), Sul valore di alcuni metodi di precipitacione nella sierodiagnosi della sifilide e delle affezioni metasifilitiche in confronto con la prova di Wassermann. Rivista Italian. di neuropatol., psichiatria ed elettroterapia vol. 3, fasc. 11. (S. 247*.)
4. *Baermann* u. *Wetter*, Die Wassermann-Neisser-Bruckesche Reaktion in den Tropen. Münch. med. Wschr. Nr. 41. (S. 247*.)
5. *Bartel*, *J.*, Zur pathologischen Anatomie des Selbstmordes. Wien. klin. Wschr. Nr. 14. (S. 263*.)
6. *Bartel*, *S.* u. *Landau*, *M.*, Über Kleinhirnzysten. Frankf. Ztschr. f. Path. Bd. 4, H. 3. (S. 267*.)



7. *v. Barth-Wehrenalp*, Zur Anstaltsbehandlung der beginnenden Paralyse. Prag. med. Wschr. Bd. 35, Nr. 32. (S. 256*.)

8. *Becker*, *W. H.*, Das Ehrlichsche Präparat Nr. 606 in der Psychiatrie. Med. Wchrundsch. „Medico". (S. 254*.)

9. *Becker*, *W. H.*, Die Behandlung der progressiven Paralyse. Fortschritte d. Med. Nr. 51. (S. 256*.)

10. *Besta*, *C.*, Sui processi degenerativi e rigenerativi che intervengono nel midollo spinale del coniglio in seguito ad occlusione temporanea dell' aorta addominale. Riv. Ital. di Neuropatologia, Psichiatria ed Elettroterapia vol. 3, fasc. 4. (S. 262*.)

11. *Besta*, *C.*, Sull' apparato reticolare interno (apparato del Golgi) della cellula nervosa. Anat. Anz. Bd. 36. No. 18, S. 476. (S. 262*.)

12. *Besta*, *C.*, Sul reticulo periferico della cellula nervosa nei mammiferi. Intern. Mtschr. f. Anat. u. Phys. Bd. 27 S. 402. (S. 262*.)

13. *Besta*, *C.*, Sul modo di compartarsi dei plessi nervosi pericellulari in alcuni processi patologici del tessuto nervoso. Riv. di Patologia nervosa e mentale ann. 15, fasc. 6, p. 329. (S. 262*.)

14. *Besta*, *C.*, Ricerche sulla natura della colorabilità primaria del tessuto nervoso. Riv. Speriment. di freniatria vol. 36, p. 53. (S. 262*).

15. *Beumer*, *H.*, Über Lecithinausscheidung bei Tabes und Paralyse und ihre Bedeutung. Inaug. Diss. München. (S. 250*.)

16. *Bircher*, *E.*, Eine eigenartige typische Schädelfraktur. Zentralbl. f. Chir. (S. 263*.)

17. *Bisgaard*, *A.*, Methode zu objektiver Schätzung der sogenannten Phase I. bei Untersuchungen des Liquor cerebrospinalis. Mtschr. f. Psych. u. Neurol. Bd. 28. (S. 247*.)

18. *Blaschko*, *A.*, Kritische Bemerkungen zur Ehrlich Hata Behandlung. Berl. klin. Wschr. 1910, Nr. 35, S. 1611. (S. 255*.)

19. *Bloch*, *E.*, Über psychische Symptome bei multipler Sklerose des Gehirns und Rückenmarks. Ztschr. f. d. ges Neurol. u. Psych. Bd. 2. (S. 273*.)

20. *Boas*, *H.* u. *Neve*, *G.*, Die Wassermannsche Reaktion bei Dementia paralytica. Berl. klin. Wschr. (S. 245*.)

21. *Bonhoeffer*, *K.* (Breslau), Bemerkungen zur Behandlung und Diagnose der progressiven Paralyse. Berl. klin. Wschr. Nr. 50, S. 2277. (S. 245*.)



22. *Braendle*, Zur Technik der Venaepunctio. Wien. med. Wschr. Nr. 8. (S. 244*.)
23. *Braendle* u. *Clingestein*, Bisherige Erfahrungen mit „Ehrlich 606". Med. Klinik Nr 34, S 1332. (S. 256*.)
24. *Bresler*, *J.*, Die Syphilisbehandlung mit dem Ehrlich Hataschen Mittel (Dioxydiamidoarsenobenzol). Halle, Marhold Verl. 30 S. (S. 254*.)
25. *Bresler*, *J.*, Die Syphilisbehandlung mit dem Ehrlich Hataschen Mittel (Dioxydiamidoarsenobenzol). II. Aufl. Halle. Marhold Verl. 65 S. (S. 254*.)
26. *Brissot*, *M.*, Les théories psycho-physiologiques du langage dans l'aphasie et l'aliénation mentale. (Étude historique et critique.) Revue de psych. (S. 272*.)
27. *Brissot*, *M.*, L'aphasie dans ses rapports avec la démence et les vésanies. Paris. Steinheil. 253 S. (S. 272*.)
28. *Buchholz*, Zur Beurteilung der Psychosen nach Unfall. Ein kasuistischer Beitrag. Mtschr. f. Psych. u. Neurol. Bd. 27. (S. 249*.)
29. *Butenko*, *A.*, Die Reaktion des Harns mit Liquor Bellostii. (Lösung von hydrarg. nitric. oxydulat) bei der progressiven Paralyse. Russky Wratsch 1910, Nr. 2. (S. 251*.)
30. *Choronshitzky*, *J.*, Zur Lehre von der Pathogenese und dem klinischen Verlauf der multiplen Sklerose des Gehirns und Rückenmarks. Inaug. Diss. München. (S. 273*.)
31. *Cohn*, *T.*, Kritische Bemerkungen zur praktischen Verwertung des Wassermannschen Verfahrens. Neurol. Zentralbl. 1910, Nr. 13. (S. 247*.)
32. *Coleburn*, *A. B.*, A study of body temperature in paralytic dementia. Americ. journ. of insan. vol. 66, nr. 4, April. (S. 254*.)
33. *Coupland*, *S.*, The causes of insanity, with special referen e to the correlation of assigned factors: A study of the returns for 1907. Journ of ment. science. January. (S. 273*.)
34. *Curschmann*, *H.*, Einige Indikationen und Kontraindikationen der Lumbalpunktion. Deutsche med. Wschr. Nr. 39. (S. 263*.)
35. *Döblin*, Zur Wahnbildung im Senium. Arch. f. Psych. S. 1043. (S. 260*.)
36. *Donath*, Die Behandlung der progressiven allgemeinen Paralyse mittels Nucleïnsäureinjektionen. Siehe d. Ztschr.



37. ***Donath***, Weitere Ergebnisse der Behandlung der progressiven Paralyse mit Natrium nucleinicum. Berl. klin. Wschr. Nr. 51. (S. 257*.)

38. *v. Ehrenwall, J.*, Zur Differentialdiagnose der Dementia paralytica progressiva von anderen paralyseähnlichen Erkrankungen syphilogenen Ursprungs. Inaug. Diss. Bonn. (S. 254*.)

39. ***Fauser***, *A.*, Über den heutigen Stand der Diagnostik und Differentialdiagnostik der luetischen und metaluetischen Gehirnerkrankungen. Württ. med. Korr. Bl. (S. 244*.)

40. ***Fauser***, *A.*, Über die gegenwärtigen Bestrebungen behufs einer spezifischen Therapie der Psychosen. Württ. med. Korr. Bl. 27. Aug. (S. 256*.)

41. ***Fauser***, Über Zyto- und Serodiagnostik und ihre Bedeutung für die Neurologie. Württ. med. Korr. Bl. (S. 244*.)

42. ***Fischer***, *O.*, Die presbyophrene Demenz, deren anatomische Grundlage und klinische Abgrenzung. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 3. (S. 260*.)

43. ***Fischer***, *O.*, Die anatomische Grundlage der zerebrospinalen Pleozytose. Mtschr. f. Psych. u. Neurol. 1910, Bd. 27, H. 6. (S. 246*.)

44. ***Fischer***, *Ph.* u. *Hoppe*, *J.*, Das Verhalten des Ehrlich Hataschen Präparates im menschlichen Körper. Münch. med. Wschr. Nr. 29. (S. 254*.)

45. ***Flashman***, *J. F.* and *Butler*, *A. G.*, The method of diagnosis by means of complement fixation, as applied to syphilis and general paralysis: the Wassermann Reaction. Reports from the New South Wales lunacy Departement. (S. 244*.)

46. ***Flashman***, *J. F.* and *Latham*, *O.*, The pathology of generalparalysis of the insane with special reference to the action of diphtheroid organisms. Reports of the South Wales lunacy Departement. (S. 244*.)

47. ***Fresselg***, Über einen Fall von Tabes dorsalis mit chronischer halluzinatorischer Paranoia. Inaug. Diss. Kiel. (S. 252*.)

48. ***Fröderström***, *H.* u. *Wigert*, *V.*, Über das Verhältnis der Wassermannschen Reaktion zu den zytologischen und chemischen Untersuchungsmethoden der Spinalflü[illegible]it. Mtschr. f. Psych. u. Neurol. Bd. 28 S 95.



49. *Frotscher* u. *Becker*, Zur Kasuistik der Duraendotheliome. Arch. f. Psych. Bd. 47. (S. 269*.)

50. *De Fursac*, *R.* et *Vallet*, *A.*, Un cas d'hypothermie chez un paralytique général. Revue de psych. (S. 254*.)

51. *Gerich*, Über konjugale Paralyse und Tabes. Inaug. Diss. Leipzig. (S. 252*.)

52. *Gerlach*, Trauma, Dementia paralytica und Unfallrente. Siehe d. Ztschr.

53. *Ghirardini*, *G. V.*, Sulla demenza paralitica conjugale. Riv. Ital. di Neuropatologia, Psichiatria ed Elettroterapia vol. 2. (S. 253*.)

54. *Gierlich*, *Nic.*, Symptomatologie und Differentialdiagnose der Erkrankungen in der hinteren Schädelgrube mit besonderer Berücksichtigung der für einen chirurgischen Eingriff zugänglichen. Samml. zwangl. Abhandl. a. d. Geb. d. Nerven- u. Geisteskr. Bd. 9, H. 2. (S. 267*.)

55. *Glück*, *A.*, Kurzer Bericht über 109 mit „606" behandelte Luesfälle. Münch. med. Wschr. Nr. 31. (S. 254*.)

56. *Goldstein*, *K.*, Über Aphasie. Beihefte z. med. Klinik H. 1. (S. 272*.)

57. *Graefe*, Zur Lehre von der galoppierend verlaufenden Form der progressiven Paralyse. Inaug. Diss. Kiel. (S. 249*.)

58. *Graeffner*, Störungen der Kinese und der Reflexerregbarkeit in Gaumen, Rachen und Kehlkopf der Hemiplegiker. Berl. klin. Wschr. 1910, Nr. 2. (S. 266*.)

59. *Granés*, *A. G.*, Relaciones entre la sífilis y la parálysis general. Congress de Medicina general di Valencia. (S. 244*.)

60. *Gumpert*, *E.*, Über Jodomenin bei Arteriosklerose. Ther. d. Gegen, wart H. 2. (S. 259*.)

61. *Haenel*, *H.*, Traumatische Tabes. Sympathikus Tabes. Ztschr. f. Versicherungsmed. Nr. 8. (S. 250*.)

62. *Halberstadt*, La presbyophrénie de Wernicke. Le progès médical Nr. 32. (S. 260*.)

63. *Hauptmann*, *A.*, Eine biologische Reaktion im Liquor zerebrospinalis bei organischen Nervenkrankheiten. Med. Klinik Nr. 5. (S. 246*.)

64. *Hayashi*, Anatomische Untersuchung eines Falles von Hypophysistumor. Arch. f. Psych. S. 50. (S. 266*.)



65. *Henschen, F.*, Über Geschwülste der hinteren Schädelgrube, insbesondere des Kleinhirnbrückenwinkels. Jena, G. Fischer. 283 S. 10 M. (S. 270*.)

66. *Herxheimer, K.*, Arsenobenzol und Syphilis. Deutsche med. Wschr. Nr. 33. (S. 254*.)

67. *Herxheimer, K.* und *Schonnefeld, R.*, Weitere Mitteilungen über die Wirkung des Ehrlichschen Arsenobenzols bei Syphilis. Med. Klinik Nr. 36. (S. 254*.)

68. *Herz, M.*, Zur Prophylaxe der Arteriosklerose. Klin.-therap. Wschr. Nr. 4. (S. 258*.)

69. *Herz, M.*, Zur Symptomatologie der zerebralen Arteriosklerose. Wien. klin. Wschr. Nr. 5, S. 159. (S. 259*.)

70. *Herz, M.*, Zur Ätiologie der Arteriosklerose. Med. Klinik. Nr. 3, S. 115. (S. 258*.)

71. *Higier, H.*, Die die Neubildungen des Zentralnervensystems simulierenden Krankheitszustände. Sammlung klin. Vortr. Nr. 589. (S. 270*.)

72. *Higier, H.*, Rezidivierende Pseudotumoren des Gehirns. Neurol. Zentralbl. (S. 269*.)

73. *Hoffmann, E.*, Die Behandlung der Syphilis mit dem neuen Ehrlich Hataschen Arsenpräparat. Med. Klinik 1910, Nr. 33. (S. 255*.)

74. *Hoffmann, K. F.*, Die Modifikationen der Wassermannschen Reaktion nach Hecht und Wechselmann. Med. Klinik 1910, Nr. 33. (S. 245*.)

75. *Hoppe, H. H.*, Cerebral decompression for papilloedema and brain tumor. The lancet clinic. med. 20. Nov. 1909. (S. 268*.)

76. *Huchard, H.* u. *Dutoit, A. A.*, Die Arteriosklerose. Med. Klinik Nr. 24. (S. 257*.)

77. *Hübner, H.*, Zur Histopathologie der senilen Hirnrinde. Arch. f. Psych. Bd. 46. (S. 260*.)

78. *Jelliffe, S. E.*, Superior alternate hemiplegia. — Gubler Weber Type.- Interstate med. journ. vol. 15, Nr. 9. (S. 265*.)

79. *Jelliffe, S. E.*, General paresis. A clinical lecture. International clinics vol. 3. (S. 256*.)

80. *Jelliffe, S. E.*, The thalamic syndrome. Medical record. February 19. (S. 263*.)



81. *Ilberg*, Ein Fall von Psychose bei Endarteriitis luetica cerebri mit einer Tafel. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. (S. 253*.)
82. *Jones*, *E.*, The question of the side affected in hemiplegia and in arterial lesions of the brain. The quart. journ. of med. vol. 3. nr. 11. (S. 268*.)
83. *Jones*, *E.*, The relation between organic and functional nervous diseases Dominion Medical Monkely. (S. 264*.)
84. *Josefson*, Zwei Fälle von intrakraniellem Akustikustumor. Ztschr. f. d. ges. Neurol u. Psych. (S. 271*.)
85. *Jurman*, *N.*, Über den Einfluß von Eiterungen auf den Verlauf der progressiven Paralyse. Obosrenje (Revue) psychiatrii 1910, H. 3 (russisch). (S. 257*.)
86. *Kafka*, *V.*, Zur Frage der zerebralen Sensibilitätsstörungen vom spinalen Typus. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 2. H. 5. (S. 273*.)
87. *Kafka*, *V.*, Zum Kapitel der traumatischen Rückenmarksaffektionen. Jahrb. f. Psych. u. Neurol. Bd. 30. (S. 273*.)
88. *Kafka*, *V.*, Über die Polynukleose im Liquor cerebrospinalis bei der progressiven Paralyse. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 1, H. 5. (S. 246*.)
89. *Kafka*, *V.*, Beiträge zur Pathologie des Liquor zerebrospinalis. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 4, H. 1. (S. 247*.)
90. *Kausch*, *W.*, Die Behandlung des Hydrocephalus mit konsequenter Punktion. Mitt. a. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir. Bd. 21, H. 2. (S. 264*.)
91. *Kern*, *O.*, Über das Vorkommen des paranoischen Symptomenkomplexes bei progressiver Paralyse. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 4. (S. 254*.)
92. *Kieneberger*, Ein Fall von Balkenmangel bei juveniler Paralyse. Siehe d. Ztschr.
93. *Kronfeld*, *A.*, Beitrag zum Studium der Wassermannschen Reaktion und ihrer diagnostischen Anwendung in der Psychiatrie. Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. (S. 245*.)
94. *Ladame*, L'aortite moyenne gommeuse ou mésaortite gommeuse. Nouvelle Iconographie de la Salpêtrière Nov. Dez. (S. 265*.)
95. *Ledermann*, *R.*, Kasuistische Mitteilungen über extragenitale und familiäre Syphilis. Arch. f. Dermatol. u. Syphilis. (S. 253*.)



96. *Ledermann, R.*, Über die Beziehungen der Syphilis zu Nerven- und anderen inneren Erkrankungen auf Grund von 573 serologischen Untersuchungen. Berl. klin. Wschr. Nr. 39, S. 1787. (S. 247*.)

97. *Levi Bianchini, L.*, Sulla teoria della diaschisi (di v. Monakow). Archivio di Psichiatria „il Manicomio". (S. 261*.)

98. *Malling, K.*, Tabes dorsalis juvenilis mit Autopsie. Mtschr. f. Psych. u. Neurol. Bd. 28, H. 4. (S. 252*.)

99. *Marburg*, Beitrag zur Frage der Kleinhirnbrückenwinkeltumoren. Neurol. Zentralbl. (S. 272*.)

100. *Marchand, L.* et *Petit, G.*, Paralysie générale précoce ayant débuté deux ans après l'accident primitif syphilitique. — Revue de psych. Nr. 1. (S. 243*.)

101. *Marie, A.*, Influence des lésions cérébrales localisées sur la production et l'orientation des hallucinations. Bull. de la société clinique de médecine mentale Nr. 7, juillet. (S. 265*.)

102. *Marineso, M. G.*, La radiothérapie dans les affections de la moelle épinière. IIIe Congrès international de physiothérapie. (S. 256*.)

103. *Marinesco, G.*, La radiothérapie de la paralysie générale. Comptes rendus des séances de la société de biologie. (S. 256*.)

104. *May, J.*, The juvenile form of general paresis, with report of a case. Medical record. 3. Sept. (S. 253*.)

105. *May, J.*, A review of the recent studies of general paresis. Proceedings of the Americ. medico-psychological assoziation. (S. 244*.)

106. *Meyer, E.*, Totale Hemiatrophie. Neurol. Zentralbl. Nr. 9. (S. 265*.)

107. *Mingazzini*, Neue klinische und anatomo-pathologische Studien über Hirngeschwülste und Abszesse. Arch. f. Psych. (S. 268*.)

108. *v. Monakow*, Aufbau und Lokalisation der Bewegungen beim Menschen. (Mit 4 farbigen und einer schwarzen Figur). Leipzig, J. A. Barth. 28 S. (S. 261*.)

109. *v. Monakow*, Lokalisation der Hirnfunktionen. Leipzig, F. C. W. Vogel. 24 S. (S. 261*.)

110. *Moore, J. W.*, The syphilis-general paralysis question. Review of neurology and psychiatrie. Mag. (S. 244*.)

111. *Moore, J. W.*, The application of immunity-reaction to the cerebro-spinal fluid. Proceedings of the Americo. medico psychological association. (S. 244*.)



112. *Mott, F. W.*, The physiology and pathology of the cerebro-spinal fluid. The Lancet. July 2 and P. (S. 248*.)
113. *De la Motte, W.*, Die Porgessche Luesreaktion. Deutsche med. Wschr. Nr. 34. (S. 247*.)
114. *Münzer, A.*, Die Hypophysis. Berl. klin. Wschr. Nr. 8 u. 9. (S. 266*.)
115. *Näcke*, Über atypische Paralysen. Siehe d. Ztschr.
116. *Neu, C. F.*, Report of ten cases of brain syphilis, with comments. Alienist and neurologist Vol. XXXI. (S. 265*.)
117. *Neumann* und *Lewandowsky*, Zwei seltene operativ geheilte Gehirnerkrankungen (Hirngummi und metastatischer Gehirnabszess). Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. (S. 269*.)
118. *Nizzi, F.*, La reazione del Wassermann in rapporto a lesioni sperimentali della sostanza nervosa centrale. Riv. Speriment. di freniatria Vol. XXXVI. p. 120. (S. 246*.)
119. *Oeconomakis*, Über weibliche progressive Paralyse in Griechenland. Ztsch. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 4, H. 1, S. 48. (S. 249*.)
120. *Oláh, G. v.*, Was kann man heute unter arteriosklerotischen Psychosen verstehen? Psych.-neurol. Wschr. Nr. 52. (S. 259*.)
121. *Oppenheim, H.*, Zur Lehre von Kleinhirnbrückenwinkeltumoren. Neurol. Zentralbl. (S. 271*.)
122. *Oppenheim, H.*, Meine Erfahrungen mit der Ehrlich-Hata-Behandlung bei syphilogenen Nervenkrankheiten. Med. Wscht. (S. 255*.)
123. *Pachantoni, D.*, Ein großer Tumor der Häute über dem linken Stirnhirn. Journ. f. Psych. u. Neurol. Bd. 16. (S. 269*.)
124. *Pándy, K.*, Über eine Eiweißprobe für die Cerebrospinalflüssigkeit. Neurol. Zentralbl. 1910 Nr. 17. (S. 246*.)
125. *Parkinson, Th. C.*, Note on the cerebro-spinal fluid in general paralysis of the insane. Reports of the New South Wales lunary departement. (S. 244*.)
126. *Pfeifer, B.*, Psychische Störungen bei Hirntumoren. Arch. f. Psych. (S. 266*.)
127. *Pförringer, O.*, Mitteilungen zur pathologischen Anatomie der Pachymeningitis cervicalis hypertrophica. Mtschr. f. Psych. u. Neurol. 1910, Bd. 28, H. 2. (S. 274*.)



128. *Pilcz*, *A.*, Zur Tuberkulinbehandlung der Paralytiker. Psych.-neurol. Wschr. (S. 257*.)

129. *Pilcz*, Die psychischen und nervösen Erscheinungen bei Arteriosklerose des Gehirns. Wien. med. Wschr. Nr. 11. (S. 258*.)

130. *Plaut*, *F.*, Die Bedeutung der Wassermannschen Reaktion für die Psychiatrie. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 4, H. 1. (S. 249*.)

131. *Redlich*, *E.*, Über die Pathogenese der psychischen Störungen bei Hirntumoren. Jahrb. f. Psych. u. Neurol. Bd. 31. (S. 267*.)

132. *Rodiet*, *A* et *Pansier*, *P.*, Contribution à l'étude des troubles de la fonction irienne chez les paralytiques généraux. Arch. internat. de neurol. 1910, II. 8e série no. 8. p. 79. (S. 252*.)

133. *Röll*, Über die Bestimmung des Schädelinnenraumes am Kopfe des Lebenden. Inaug.-Diss. Würzburg. (S. 261*.)

134. *Rolleston*, *J. D.*, Paralysis following relapses and second attacks of diphtheria. The journ. of nervous and mental disease Vol. 37. (S. 273*.)

135. *Roßbach*, Über einen eigenartigen Zerstörungsprozeß der Hirnrinde auf arteriosklerotischer Grundlage (état vermoulu Pierre Maries). Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. (S. 259*.)

136. *Rüdin*, Zur Paralysefrage in Algier. Siehe d. Ztschr.

137. *Sala*, A proposito di un caso di sezione transversa completa del midollo spinale. Società medico-chirurgica di Pavia. Juni. (S. 274*.)

138. *Sala*, *G.* und *Cortese*, *G.*, Über die im Rückenmark nach Ausreißung der Wurzeln eintretenden Erscheinungen. Folia neuro-biologica Bd. 4. (S. 274*.)

139. *Sanz*, *E. F.*, Catalepsia cerebelosa. Arch. Españoles de Neurol., Psiquiatria y fisioterapia. Febrero. p. 33. (S. 264*.)

140. *v. Sarbó*, *A.*, Über einen operierten Fall von Leptomeningitis chronica circumscripta der Zentralregion. Deutsche med. Wschr. (S. 264*.)

141. *Schaffer*, *K.*, Beitrag zur Frage der Pseudoparalysis syphilitica. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 3, S. 203. (S. 251*.)

142. *Schloss*, *H.*, Über Stichverletzungen des Gehirns. Wien. med. Wschr. Nr. 14 u. 15. (S. 263*.)



143. *Schreiber* und *Hoppe*, Über die Behandlung der Syphilis mit dem neuen Ehrlich-Hataschen Arsenpräparat (Nr. 606). Münch. med. Wschr. N . 27, S. 1430. (S. 254*.)

144. *Schroeder*, *E.*, Zur Endogenese in der Ätiologie der progressiven Paralyse. Neurol. Zentralbl. Nr. 11, S. 562. (S. 244*.)

145. *Seige*, *M.*, Die Aufbrauchtheorie Edingers in ihrer Anwendung auf die Dementia paralytica. Mtschr. f. Psych. u. Neurol. Bd. 28. (S. 244*.)

146. *Sioli*, *F.*, Histologische Befunde in einem Fall von Tabespsychose. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 3. (S. 253*.)

147. *Sollier*, *P.*, Phénomènes de cénesthésie cérébrale unilatéraux et de dépersonnalisation, liés à une affection organique du cerveau. L'encéphale Nr. 10 p. 257. (S. 267*.)

148. *Sokalski*, *N. A.*, Über einen Micrococcus aus dem Blute und der Cerebrospinalflüssigkeit und über einen Parasiten bei der Paralysis progressiva. Korsakowsches Journal f. Neuropath. u. Psych. H. 2, 3 (russisch). (S. 251*.)

149. *Southard*, *E. E.*, Anatomical findings in senile dementia. A diagnostic study bearing especially on the group of cerebral atrophies. Americ. journ. of. insan. vol. 66, Nr. 4. (S. 259*.)

150. *Southard*, *E. E.*, A study of errors in the diagnosis of general paresis. The journ. of nervous and mental disease vol 37. (S. 254*.)

151. *Spielmeyer*, *W.*, Zur Frage vom Wesen der paralytischen Hirnerkrankung. Zeitschr. f. Neur. und Psych. Bd. I. H. 1. S. 105. (S. 251.*)

152. *Spielmeyer*, *W.*, Über einige anatomische Ähnlichkeiten zwischen progressiver Paralyse und multipler Sklerose. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 1, H. 5. S. 660. (S. 253*.)

153. *Spielmeyer*, *W.*, Markscheidenfärbung am Gefrierschnitt. Neurol. Zentralbl. Nr. 7. (S. 262*.)

154. *Spiethoff*, *B.*, Arsenobenzol bei Syphilis. Münch. med. Wschr. Nr. 35. S. 1822. (S. 255*.)

155. *Spillmann*, *P.* et *Perrin*, *M.*, Études sur la paralysie générale et sur le tabes. Paris, A. Poinat. (S. 243*.)

156. *Steudemann*, *H.*, Ein Paralytiker als Mörder. Inaug. Dissert. Freiburg i. B. (S. 254*.)



157. *Sträußler*, *E.*, Über zwei weitere Fälle von Kombination cerebraler gummöser Lues mit progressiver Paralyse nebst Beiträgen zur Frage der „Lues cerebi diffusa“ und der „luetischen Encephalitis“. Mtschr. f. Psych. u. Neurol. S. 20. (S. 251*.)

158. *Stransky*, *E.*, Muskeldystrophie und Psychose. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 3, H. 5. (S. 273*.)

159. *Stursberg*, *H.*, Ein Beitrag zur Kenntnis der cerebrospinalen Erkrankungen im sekundären Stadium der Syphilis. Deutsche Ztschr. f. Nervenheilk. Bd. 39, H. 5—6. (S. 250*.)

160. *Süßmann*, Beitrag zur Statistik, Ätiologie und Symptomatologie der progressiven Paralyse. Inaug. Diss. Kiel. (S. 252*.)

161. *Trapet*, Über Entwicklungsstörungen des Gehirns bei juveniler Paralyse und ihre Bedeutung für die Genese dieser Krankheit. Arch. f. Psych. (S. 252*.)

162. *Tissot*, *F.*, Le syndrome de Paralysie générale dans la pachyméningite cérébrale. Le progrès médical Nr. 28. (S. 252*.)

163. *Treupel*, *G.*, Erfahrungen und Erwägungen mit dem neuen Ehrlich-Hataschen Mittel bei syphilitischen und metasyphilitischen Erkrankungen. Deutsche med. Wschr. S. 1393. (S. 255*.)

164. *Treupel*, *G.*, Weitere Erfahrungen mit Ehrlich-Hata-Injektionen, insbesondere bei Lues des zentralen Nervensystems, bei Tabes und Paralyse. Münch. med. Wschr. Nr. 46, S. 2402. (S. 255*.)

165. *Treupel*, *G.*, Weitere Erfahrungen bei syphilitischen para- und metasyphilitischen Erkrankungen mit Ehrlich-Hata-Injektionen. Deutsche med. Wschr. Nr. 39, S. 1787. (S. 255*.)

166. *Treupel*, *G.*, Die wichtigsten Blutgefäßerkrankungen und ihre Behandlung. Ztschr. f. ärztl. Fortbildung. (S. 258*.)

167. *Trömner*, *E.*, Nervensyphilis der Frühperiode. Dermatol. Studien. Bd. 21. S. 339. (S. 265*.)

168. *Tschisch*, Maladies nerveuses et psychiques dans l'artériosclérose. Arch. de neurol. nr. 1. (S. 259*.)

169. *Turner*, *J.*, Examination of the cerebro-spinal fluid as an aid to diagnosis in certain cases of insanity, with special reference to the protein-reaction described by Ross and Jones. Journ. of mental science', July. (S. 247*.)

170. *Ulrich*, *A.*, Über einen Tumor im rechten Temporalhirn. Deutsche Ztschr. f. Nervenheilkunde. (S. 268*.)





171. *Valle y Jove, R.*, Tabes dorsal mejorada con el suero anti-diftérico. Arch. Españoles de Neurol., Psiquiatria y fisioterapia no. 7. (S. 256*.)

172. *Volland*, Über Megalencephalie. Arch. f. Psych. (S. 270*.)

173. *Volpi-Ghirardini*, Sui rapporti tra i nuclei arcuati e le fibre arciformi esterne anteriori della midulla allungata. Riv. di Neuropatologia, Psichiatria ed Elettrotherapia Bd. 6. (S. 252*.)

174. *Walter, F. K.*, Studien über den Liquor cerebrospinalis. Mtschr. f. Psych. u. Neurol. (S. 248*.)

175. *Wechselmann*, Über die Behandlung der Syphilis mit Ehrlichs Diamido-arsenobenzol (Präparat 606). Dermatol. Ztschr. Bd. 17, H. 7, S. 463. (S. 254*.)

176. *Wechselmann, W.*, Über die Behandlung der Syphilis mit Dioxydiamido-arsenobenzol. Berl. klin Wschr. Nr. 37. (S. 254*.)

177. *Wechselmann* und *Lange, C.*, Über die Technik der Injektion des Dioxydiamidoarsenobenzols. Deutsche med. Wschr. Nr. 30 u. 34. (S. 254*.)

178. *Williams, T. A.*, The pathological prodromes of taboparesis. Medical record. 5. Febr. (S. 250*.)

179. *Williams, T. A.*, A case illustrating the arrest of early paresis. New-York medical journ. p. 601. (S. 256*.)

180. *Willige, H.*, Über Arsenbehandlung organischer Nervenkrankheiten. Münch. med. Woschr. Nr. 12, S. 620. (S. 254*.)

181. *Willige, H.*, Über Erfahrungen mit „Ehrlich-Hata 606" an psychiatrisch-neurologischem Material. Münch. med. Wschr. Nr. 46, S. 2403. (S. 255*.)

182. *Winqvist, G.*, Undersökningar af cerebrospinal vätskan vid progressiv paralysi. Habilitationsschr. Helsingfors. 126 S. (S. 244*.)

183. *Witte, F.*, Über eine eigenartige herdförmige Gefäßerkrankung bei Dementia paralytica. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. (S. 250*.)

184. *Wohlwill, F.*, Zur Frage der traumatischen Paralyse. Arch. f. Psych. (S. 250*.)

185. *Wolff, A.*, Vergleichende Untersuchungen über Wassermannsche Reaktion, Lymphocytose und Globulinreaktion bei Erkrankungen des Nervensystems. Deutsche med. Wschr. Nr. 16. (S. 245*.)



186. *Ziveri, A.*, Il reperto istopatologico in un caso di Psicosi ansioso-confusa di Wernicke-Kraepelin. Mit 2 Tafeln. Riv. di Patologia nervosa e mentale. fasc. 9, p. 521. (S. 263*.)

187. *Ziveri, A.*, La viscosimetria clinica in Psichiatria. Riv. Ital. di Neuropatologia, Psichiatria ed Elettroterapia. Vol. II, fasc. 12. (S. 262*.)

188. *Ziveri, A.*, Ricerche sulla cosi detta fase I[a] di Nonne Apelt (R[ne] della globulina) nel liquido cefalorachideo nella pratica psichiatrica. Riv. Ital. di Neuropatologia, Psichiatria ed Elettroterapia. Vol. II, fasc. 5. (S. 247*.)

a) Dementia paralytica.

Auf ein Material von 79 Fällen von Paralyse gründen *Spillmann* und *Perrin* (155) ihre „Studien über Dementia paralytica und Tabes", in denen die Bedeutung der Syphilis in der Ätiologie und Symptomatologie beider Krankheiten, einige symptomatische Besonderheiten bei Tabes, die Konstitution der Deszendenz und die Therapie behandelt werden. Die Gegner der Syphilistheorie der Dementia paralytica und der Tabes scheinen in Frankreich hartnäckiger zu sein als anderswo. In den zahlreich eingestreuten Tabellen weist die Tabelle über das Intervall zwischen Krankheitsausbruch und Infektion etwas abweichende Daten auf insofern die höchsten Zahlen bei Dementia paralytica sich um das 10. Jahr bewegen, bei Tabes annähernd das 3. bis 18. Jahr umfassen. Auch die Beobachtung, daß den Tabesfällen gerade leichtere und mangelhaft behandelte Syphilis zu Grunde liegt, ist von Interesse; *Spillmann* fügt hierzu die Bemerkung, daß er 32 Fälle rationell behandelter Syphilis seit mindestens 15 Jahren beobachtet hat, ohne daß einer von ihnen Zeichen von Dementia paralytica oder Tabes erkennen läßt. Der Schluß, daß davon mindestens die Hälfte paralytisch oder tabisch geworden wäre, wenn diese Behandlung nicht stattgefunden hätte, ist allerdings kühn, da uns über diese Frage die Statistik noch fehlt. Die Ermittlungen über die Deszendenz der Kranken stimmen mit Ergebnissen Anderer nicht überein, z. B. wird Sterilität in 16 % bei Paralyse, in 19 % bei Tabes ermittelt gegen 2,8 % bei Gesunden, die Geburtenziffer ist geringer, die Zahl der lebenden Kinder desgleichen, die Zahl der Aborte und Totgeburten höher als bei Gesunden, die Kinder der Paralytiker und Tabiker seien als Syphilitikerkinder zu überwachen. Spezifische Behandlung hat sich den Verf. bei Paralyse als nutzlos, bei Tabikern als sehr wertvoll erwiesen.

Sehr frühzeitiges Auftreten von Paralyse — zwei Jahre nach der Infektion — haben *Marchand* und *Petit* (100) bei einem Mädchen beobachtet, das mit 22 Jahren starb, klinisch nicht sehr deutliche Zeichen von Paralyse dargeboten hatte, aber einen histologisch unzweifelhaften Paralysebefund lieferte. Bei Eltern und Geschwistern keine Merkmale von Syphilis. Das Mädchen war von der Infektion an energisch antisyphilitisch behandelt worden.



Granés (59) erörtert ausführlich die Beziehungen der Paralyse zur Syphilis, ohne der Frage neue Gesichtspunkte abzugewinnen.

Moore (110) behandelt dasselbe Thema, er hält Alkohol, Trauma usw. nur für Hilfsursachen, ob für die Entstehung der Paralyse aus überstandener Syphilis konstitutionelle Prädisposition, spezifischer Virus oder noch andere Ursachen Bedingung sind, sei noch unklar.

Aus dem von *Schröder* (144) bearbeiteten Paralytikermaterial zieht er den Schluß, daß der Wert endogener Faktoren nicht hoch genug veranschlagt werden könne. Sein Prozentsatz hereditärer bzw. degenerativer Veranlagung nimmt mit 38,5 bzw. 52,2 % (Frauen) eine mittlere Stelle in der Übersicht der Angaben der Autoren ein, die von 5,4—75 % schwanken. In dem hohen Prozentsatz von Potus des Vaters ist eine Bestätigung dafür zu erblicken, daß die hereditäre Belastung von Vaterseite bei Paralyse zu überwiegen scheint und es mehren sich die Beobachtungen von Entwicklungsstörungen im Zentralnervensystem, die wichtiger sind, als die bisher bewerteten äußeren Degenerationszeichen. Wir kommen vielleicht dahin, in der Paralyse eine Mischung von endogener Psychose mit Lues zerebri, mit luetischen Symptomen und einem durch die Lues direkt beeinflußten Krankheitsbilde zu sehen.

Seige (145) führt für die Geltung der *Edinger*schen Aufbrauchtheorie bei der Paralyse an, daß in den 27 % seiner Fälle von Paralyse mit tabischen Symptomen sich aus dem Beruf auf vorwiegende motorische oder sonstige funktionelle Inanspruchnahme des Rückenmarks schließen ließ, während bei einfacher Paralyse die Kopfarbeit überwog.

May (105) bespricht die neuesten Untersuchungen bei Paralyse unter Abwehr der *Ford-Robertson*schen Diphtheriebazillentheorie.

Flashman und *Latham* (46) dagegen schließen aus ihren Versuchen an Ratten, daß sich das anatomische Bild der Paralyse durch fortgesetzte Applizierung von Diphtheriebazillen, aber auch mit anderen Mikroorganismen erzielen lasse und nicht charakteristisch für diese Krankheit sei, sondern eine Reaktion des Gehirns auf eine Art chronischer Vergiftung darstelle, darunter die syphilitische. Ob es beim Menschen diese allein sei oder welche Rolle der zweifellos öfter bei Paralytikern nachgewiesene diphtheroide Bazillus spiele, sei noch fraglich.

Parkinson (125), der den Gehalt der Lumbalflüssigkeit von 15 Paralytikern an Zellarten und Eiweiß beschreibt, hat durch Kulturverfahren in keinem Falle Mikroorganismen gefunden. 20 ccm auf einmal zu entnehmen, wie es *P.* in der Regel getan hat, ist gewagt.

Die Bedeutung des Zellbefundes im Liquor, der Wassermannreaktion und das Verfahren faßt *Fauser* (39) in einem Vortrage zusammen, vielleicht mit zu starker Betonung der Beweiskraft jedes Befundes. Die Arbeiten von *Flashman* und *Butler* (45) und von *Winqvist* (182) und von *Moore* (111) behandeln das gleiche Thema referierend.

Braendle (22) beschreibt ein zur Blutentnahme durch Venaepunctio konstruiertes Instrument.



Wolff (185) prüft den diagnostischen Wert der Kombination von Wassermannreaktion, Lymphozytose und „Phase I" und faßt die Ergebnisse in Schlußsätzen zusammen.

Bonhoeffer (21) warnt davor, die Wassermannreaktion für die Diagnose und das Ehrlich-Hata-Mittel für die Behandlung der Paralyse zu überschätzen. Die Diagnose muß nach wie vor aus der Gesamtheit der psychischen und somatischen Symptome gestellt werden und für die Beurteilung der Erfolge ist daran zu denken, daß die Paralyse zu Spontanremissionen neigt und echte luetische Veränderungen neben den paralytischen bestehen können.

Kronfeld (93) bespricht die von ihm befolgte Methode der Wassermannuntersuchung, die verschiedenen Reaktionstypen und die Theorie: „die zu untersuchende Flüssigkeit ist der Träger bestimmter Stoffe, die mit optimalen Mengen von Extrakt die Hämolyse hemmen". Ähnlich liegen die prinzipiellen Verhältnisse für die Ausflockungsreaktion. Untersucht wurden 310 Liquores und 158 Sera. Von 63 klinisch sicheren Paralysen (82 Liquores) reagierten 60 Fälle (77 Liquores) sicher positiv, 2 Fälle unsicher, 1 Fall mit 2 Liquores negativ, mit dem dritten Liquor positiv in monatlichen Abständen. Bei 43 klinisch fraglichen Paralysen stimmte der Ausfall der Wassermannreaktion mit der klinischen Klärung der Diagnose überein bis auf drei, die anders ausfielen, als erwartet wurde. Aus den Befunden bei Syphilis folgerte *Kr.*: der Liquor reagiert bei Syphilis, auch der des Zentralnervensystems, in der Regel negativ. Von nicht-luetischen Gehirnerkrankungen (202 Fälle) reagierten 6 Liquores fraglich, 13 schwach positiv. Der Vergleich der Reaktionsergebnisse mit dem Zell- und Eiweißgehalt macht es wahrscheinlich, daß bei der Wassermannreaktion spezifische Produkte mit solchen, welche durch die Pleozytose bedingt sind, gleichzeitig oder vikariierend den positiven Ausfall bedingen.

Nach *Boas* und *Neve* (20) ist die Reaktion bei Paralyse im Serum konstant (131 Fälle), im Liquor wurde sie in 52 Fällen gefunden, positiver Serumbefund auch in den allerersten Stadien der Paralyse. 9 in einem halben Jahre regelmäßig untersuchte Paralytiker wiesen keine Schwankungen des Befundes auf. 2 stark auf Paralyse Verdächtige mit negativem Serum- und Liquorbefund erwiesen sich post mortem als nichtparalytisch.

Das Verhältnis der Wassermannreaktion zu Pleozytose und Gesamteiweißgehalt stellen *Fröderström* und *Wigert* (48) in 30 Fällen von Paralyse Erwachsener und Jugendlicher, Tabes, Lues cerebri, Manie, Dementia praecox, Degenerationspsychose und multipler Sklerose zusammen. Bei Punktionen ohne Narkose haben sie in 7 Fällen unangenehme Folgen beobachtet, obgleich nicht über 10 ccm, gewöhnlich nur 3—4 ccm, entnommen wurden.

Hoffmann (74) weist der vereinfachten *Hecht*schen Modifikation der Wassermannreaktion durch Gegenüberstellung der mit ihr, mit Original-Wassermann und mit dem Verfahren *Wechselmanns* erzielten Befunde klinische Brauchbarkeit und feinere Ausschläge nach, die für behandelte Lues und Frühlatenz unter angeführten Vorsichtsmaßregeln von Wert sind.



Ausgehend von den Untersuchungen *Ransoms*, daß Cholestearin die hämolytische Wirkung des Saponins aufhebt, sucht *Hauptmann* (63) festzustellen, ob und welche Stoffe im Liquor cerebrospinalis die hämolytische Wirkung des Saponins hemmen. Die Methode wird geschildert. Von 92 Liquores Normaler hatte man einen positiven Befund, der sich auch mit anderen Untersuchungsmethoden (Phase I, Lymphozytose) normal erwies. 26 Fälle verschieden alter Hirnblutungen und -erweichungen gaben das Resultat, daß frische und mittelalte Fälle positiv wirkten, die alten, mehrere Jahre zurückliegenden, negativ, die positive Reaktion nahm mit der Dauer der Läsion ab. Von 55 Fällen von Tabes reagierten nur 4 negativ, von 23 Fällen an Lues cerebrospinalis verschiedener Dauer 15 positiv, 4 fraglich, 3 negativ. 15 Fälle multipler Sklerose gaben eine auf der Grenze zum negativen Ausfall stehende Reaktion, Epilepsia idiopathica war stets negativ, 3 Fälle urämischer und 1 Fall eklamptischer Krämpfe positiv, Hirn und Rückenmarkstumoren stark positiv, Paralyse mit Tabes positiv, ohne Tabes negativ. Es ergibt sich hieraus keine Pathognomonität oder gar Spezifität der Reaktion, ein positiver Ausfall beweise aber, daß eine große Menge von Nervensubstanz im Untergang begriffen sei. *H.* ermittelt, daß Cholestearin noch in einer Verdünnung von 1 : 100 000 imstande sei, die hämolytische Wirkung des Saponins aufzuheben. Die hemmenden Stoffe im Liquor seien wahrscheinlich in der Gruppe der Cholestearine zu suchen.

Nizzi (118) hat nach ziemlich groben Versuchen (Zertrümmerung des Hirns bzw. Rückenmarks an Hunden und Kaninchen durch eingeführtes Messer) das Auftreten von Wassermannreaktion im Serum beobachtet, deren Ursache er in der Resorption der Nervengewebstrümmer sucht. Mit der Liebermannschen Reaktion war im Serum der Hunde Cholestearin und in Form kleiner Kristalle auch mikroskopisch nachzuweisen, was auf die Beziehungen des Cholestearin zur Komplementablenkung schließen lasse.

Pándy (124) sagt seiner „Karbolprobe" nach, daß sie schärfer und sicherer ist als „Phase I", sie besteht darin, daß zu 1 ccm Karbollösung 1 : 15 ein Tropfen Liquor gegeben wird.

Cohn (31) empfiehlt Zwischenstufen in der Bezeichnung des Wassermannergebnisses einzuführen, um Abstimmigkeiten der verschiedenen Beurteiler zu vermeiden, und warnt davor, die Reaktion als Heilmittel bei Syphilopobie zu verwenden.

Fischer (43) führt durch eine Reihe von neuen Untersuchungen den Beweis für seine von anderer Seite angefochtene Behauptung, daß die Zellzahl des Liquors bei Lumbalpunktion durch die Infiltration der Meningen des untersten Rückenmarksabschnittes bedingt ist und je nach dem Zustand des Meningen in verschiedenen Höhen verschieden ausfällt.

Nach *Kafka* (88) macht das dem Liquor beigemischte Blut in ihm die gleiche Reaktionen durch, ob es aus einer spontanen Hämorrhagie stammt oder durch Anstechen eines Gefäßes hineingekommen ist, in beiden Fällen können nach entsprechender Zeit weiße Zellen gefunden werden, die die roten Phagozyten oder Blutpigment aufgenommen haben. Der Befund an sich ist demnach differentialdiagnostisch nicht verwendbar. *K.* bespricht weiterhin zwei Fälle von Hirntumor mit Metastase in den Meningen, in denen sich Tumorzellen im Liquor fanden.



Der Bericht von *Ledermann* (96) über 523 serologische Untersuchungen entspricht, was Paralyse und Tabes betrifft, den anderweitigen Erfahrungen, 4 von 29 Männern mit Lues cerebrospinalis und 6 von 16 Frauen hatten negative Reaktion, von 13 Apoplektikern ohne Luesanamnese waren 3 positiv, 10 negativ, von 10 Apoplektikern mit zugegebener Lues 6 positiv, 4 negativ, von 16 syphilitisch gewesenen Neurasthenikern 11 positiv, 5 negativ. Bemerkenswert sind die Resultate bei Gefäßerkrankungen: von 10 Fällen von Aorteninsuffizienz ohne Luesanamnese reagierten 6 positiv, von 12 Aortenaneurysmen 10 positiv. 4 Fälle von Mediastinaltumoren waren positiv, 2 Fälle von *Basedow* mit Infektion waren positiv, von 23 Erkrankungen der Leber- und Gallenwege 8 positiv, 4 davon mit Luesanamnese.

De la Motte (113) stellt die Ergebnisse der Untersuchungen mit der *Porges*schen Ausflockungsmethode mit glycholsaurem Natron denen mit Wassermann gegenüber. Wenn auch der letztere nicht gleichwertig, verdiene sie doch weitere Untersuchungen.

Baccelli (3) bestätigt die Zuverlässigkeit der Wassermannreaktion gegenüber der wenig zuverlässigen von *Porges-Meier* und von *Klausner*.

Zivori (188) erklärt sich für die Zuverlässigkeit der „Phase I" (*Nonne-Apolt*).

Turner (169) hat die von *Ross* und *Jones* 1909 angegebene Eiweißprobe mit gesättigter Ammoniumsulfatlösung nachgeprüft, die er für weit empfindlicher hält als die „Phase I", ohne anzugeben, worin ein prinzipieller Unterschied zwischen diesen beiden Methoden bestehen mag. Auch der Buttersäureprobe *Noguchis* sei sie überlegen. Eiweißgehalt, Reaktion und Lymphozytose zeigten nahezu parallele Kurven. Der Grad der Säurereaktion des Liquor auf Phenalphthalein fällt wahrscheinlich mit der Bildung von Milchsäure und diese mit dem Verschwinden von Kupfer reduzierender Substanz zusammen.

Bisgaard (17) beschreibt eine im Original nachzulesende Methode den Trübungsgrad bei „Phase I" objektiver festzustellen als es durch einfache Schätzung geschehen kann.

Bärmann und *Wetter* (4) besprechen die Wassermann-Bruck-Neißersche Reaktion in den Tropen. Syphilis ergab gleiche Resultate wie anderwärts: primäre 37—70 %, Frühperiode 98 %, behandelte Fälle 64 % positiv, Spätperiode unbehandelt 100 %, behandelt 53 %. Quecksilberbehandlung wird von den Javanen schlecht vertragen und die häufige Mischung von Syphilis und Frambösia verwischt die Resultate. Frambösia ergab in frischen unbehandelten Fällen positive Reaktion abnehmend mit Dauer und Behandlung, ebenso Malaria. Bei Lepra lieferte die tuberöse Form 80—65 % positiven Ausfall, die makulo-anästhetische 8—50 %. In allen Zahlen war die bei Chinesen enorm häufige latente Syphilis in Anrechnung zu bringen, denn von den chinesischen Kontraktarbeitern boten allein 25 % manifeste Syphilis.

Nach *Kafkas* (89) Untersuchungen kommt es bei Paralyse (und wohl auch bei Tabes und Lues cerebri) nicht selten zu periodischem Steigen und Sinken der Zahl der polynukleären Leukozyten im Liquor, ohne daß Parallelgehen von Verschlechterungen, Anfällen usw. oder des Befundes an polynukleären Leukozyten im Blute erkennbar ist, die von anderen beobachtete Zunahme nach Anfällen sei

wohl zufällig. Die Ursache der Polynukleose sei in einem lokalen Prozeß, in Exazerbationen der chronischen Meningitis der unteren Rückenmarksabschnitte zu suchen. Die Leukozyten dieser Form zeigen größere Labilität als die gleichartigen Liquorzellen bei akuten Meningitiden und gehen nicht in Plasmazellen über.

Mott (112) behandelt in zwei Vorträgen die Physiologie und Pathologie des Liquor cerebrospinalis: die physischen und chemischen Eigenschaften, die Alkaleszenz, Gehalt an Gasen und Zucker, die Herkunft aus den Plexus chorioidei, die Bestimmung wahrscheinlich als eine Art Lymphe des Zentralnervensystems, deren Funktion durch ein Zellen und Gefäße umgebendes Kanalisierungssystem vor sich geht. In der Pathologie des Liquors wird das Auftreten von Protein- und Lipoidsubstanzen, Zucker, Harnstoff, Cholin, die Polyzytose und die Wassermannreaktion in ihren Beziehungen zur Schlafkrankheit, Syphilis und Parasyphilis eingehend erörtert.

Walter (174) veröffentlicht sehr gründliche Studien über die hydrostatischen Verhältnisse des zerebrospinalen Subarachnoidalraumes, die Bewegung des Liquor und seines Zell- und Eiweißgehaltes. Neue Versuchsanordnungen bestätigen die von *Propping* aufgestellten Behauptungen, daß auch oberhalb des Drucknullpunktes im Rückenmarkskanal Flüssigkeit vorhanden ist und nicht, wie *Krönig* und *Gauss* annehmen, die anlegende Arachnoidea den Kanal verschließt. Durch andere Versuche stellt *W.* fest, wieviel — unter negativem Druck stehender — Liquor sich oberhalb des Nullpunktes befindet, der bei aufrechter Haltung in der Höhe des obersten Dorsalmarkes liegt. Bei Kopfhängelage ist es ungefähr die Hälfte des gesamten spinalen Liquors, das gleiche Verhältnis ist bei aufrechter Haltung anzunehmen. Daraus ist die wichtige Folgerung zu ziehen, daß größere Verschiebung der Liquorsäule bei Lagewechsel nicht eintreten kann, es folgt daraus auch die Nutzlosigkeit des Versuches, die Paralyse durch Verminderung des Liquordrucks im Schädel, der bei aufrechter Haltung negativ 2—300 mm ist, therapeutisch zu beeinflussen; übrigens ist die Druckerhöhung bei Paralyse wahrscheinlich nur gering, während hoher Druck wie bei Herzfehlern ohne zerebrale Störung vertragen wird. In dem Kapitel über die Bewegung des Liquors weist *W.* ab, daß die als arachnoidale Klappe beschriebene, individuell sehr verschiedene, Membranbildung im oberen Halsmark die ihr zugesprochene Bedeutung einer Stromabsperrung haben kann. Die als Beweis für Liquorströmung angesehene schnelle Wirkung eines Lumbalanästhetikums auf höher gelegene Zentren ist vom spezifischen Gewicht der injizierten Flüssigkeit abhängig und in gewissem Grade auch von der respiratorischen Pendelbewegung des Liquors. Diese spielt bei Tieren aus anatomischen Gründen eine weit wichtigere Rolle, das Tierexperiment kann deshalb nicht auf den Menschen angewandt werden. Den auch in praktischer Hinsicht wichtigsten Beweis gegen nennenswerte Verschiebungen im Liquor liefern die sehr eingehenden Untersuchungen über den Zell- und Eiweißgehalt des Liquors. Es ergibt sich daraus, daß die Pleozytose der Ausdruck einer lokalen Affektion und je nach ihrem Sitz in der Liquorsäule verschieden hoch ist. Erklärt dies einerseits, daß der Zellgehalt bei Tabes besonders hoch ist und bei Paralyse gering sein kann, so wird es andererseits unerklärlich, wenn Zirkulation im Liquor statthätte. Aus der Fülle der Beobachtungen, die hier nicht erwähnt werden können, ist hervor-



zuheben, wie *W.* die Berechtigung und die Unschädlichkeit der Entnahme so großer Liquormengen erklärt, die er für seine Untersuchungen nötig hatte. Schon durch den Nachweis, daß sich die entnommene Menge in spätestens einer Stunde ersetzt hat, fällt die Annahme, daß Druckverminderung die Ursache der späteren Störungen im Befinden sein könne. Sie sind vielmehr teils in der psychischen Disposition begründet — geistig Gesunde und Hypochonder sind mehr beeinflußt als Demente — teils in Reizungen, die von der Einstichstelle und ihrer Vernarbung in den Meningen ausgehen. Am Schluß der Arbeit spricht sich *W.* für den Wert der „Phase I" aus und über den Befund am Punktat von Leichen, der von postmortalen oder agonalen Veränderungen beeinflußt sei und nur einen Wahrscheinlichkeitsschluß auf das Verhalten zu Lebzeiten erlaube.

Plaut (130) gibt das Fazit aus den bisher vorliegenden Untersuchungen, soweit sie nach einwandfreien Methoden angestellt wurden. Danach ist positive Wassermannreaktion im Liquor wie im Serum bei Paralyse die Regel, negative Serumreaktion eine Rarität. Die Reaktion in beiden Medien tritt so konstant und so früh auf, daß sie die Diagnose auf Paralyse erlaubt, wenn die klinischen Erscheinungen noch so geringfügig sind. Negativer Liquor bei positivem Serum bestätigte mit wenigen Ausnahmen Lues cerebrospinalis. Bei Tabes reagierten etwa 70 % in Serum positiv, der Prozentsatz der positiven Liquorbefunde ist noch unsicher. Der Befund juveniler Paralyse entspricht dem Erwachsener, bei kongenitaler Tabes fehlen noch genügende Untersuchungen. Die Zahlen bei Idiotie im allgemeinen betragen 5—13 %. Von Kindern der Paralytiker reagieren etwa 31 % positiv, in 61 % ließ sich durch positive Reaktion Übertragung auf mindestens ein Familienmitglied nachweisen.

Auf Grund solcher Zahlen muß in Zweifel gezogen werden, ob der von *Graefe* (57) als „foudroyante Paralyse" beschriebene Fall wirklich Paralyse war. Lymphozytose bestand nicht, Serumreaktion war negativ. Der Kranke litt seit einigen Monaten an Zystitis mit Blasendivertikel, wurde plötzlich verwirrt und starb am nächsten Tage im Koma nach epileptiformen Anfällen.

Nach *Oeconomakis* (119) ist Frauenparalyse in Griechenland recht selten, er berechnet etwa 1 : 16 der Männer, und erklärt dies durch die schonende Lebensweise der Griechinnen, die sie vielleicht auch weniger der Infektion aussetzt. In einem mitgeteilten Fall kam zur Syphilis zweifellos Überanstrengung und Hast.

Buchholz (28) hat sich in dem von ihm mitgeteilten Gutachten für die traumatische Entstehung ausgesprochen, weniger wegen der Beziehungen des Unfalles zu der Entwicklung des Krankheitsbildes, als weil der klinische Komplex in mancher Hinsicht von der Paralyse abwich und weil der anatomische Befund nicht recht mit dem bei Paralyse gewöhnlichen übereinstimmte, trotz 9 jähriger Dauer vom Unfall an gerechnet. Die Verdickung der Häute und die Infiltration um die Gefäße herum war geringer als bei Dementia paralytica, die Gefäße der weichen Häute waren zart und fast ohne endarteriitische Wucherungen und Sitz wie Zahl der Plasmazellen entsprach nicht dem gewöhnlichen, dagegen fand sich wieder Gefäßneubildung und Wucherung im Stützgewebe. Im Rückenmark bildete das Freibleiben der Hinterstränge bei erkrankten Seitensträngen und starke Randgliose

einen von Paralyse abweichenden Befund. Es handelt sich demnach um eine Erkrankung, die von Paralyse abgegrenzt werden kann und deren traumatische Entstehung nicht abzuweisen ist. Untersuchung auf Lues hat nicht stattgefunden.

Die Dissertation von *Beumer* (15) beschäftigt sich mit der Nachprüfung der Lecithinhypothese von *Peritz*. Er konnte weder die von *Peritz* behauptete Vermehrung der Lecithinausscheidung im Kot von Tabikern feststellen, noch Beeinflussung der Ausscheidung im Sinne einer Verminderung durch Lecithininjektionen.

Die Frage der traumatischen Paralyse sucht *Wohlwill* (184) durch Vergleich nichttraumatischer Fälle mit denen zu lösen, die traumatischer Genese sein sollten. Beide Gruppen unterschieden sich weder im Durchschnittsalter der Erkrankung, noch in der durchschnittlichen Inkubationszeit, noch in der Krankheitsdauer oder in der Beteiligung des Rückenmarkes wesentlich voneinander. Die Verschiebung zum Vorherrschen der dementen Form zeigte sich in gleicher Weise bei Traumatischen wie Nichttraumatischen und besondere Symptome einer Gruppe fanden sich nicht. Die Konzession am Schluß: Trauma als Ursache auf die Fälle zu beschränken, in denen auch unter strengsten Bedingungen der Zusammenhang sehr nahe liegt, ist in der Arbeit selbst nicht begründet.

Sehr entschieden spricht sich *Haenel* (61) für die traumatische Herkunft einiger mitgeteilter Fälle von Tabes aus. Im ersten Falle schien es zweifelhaft, die Diagnose Tabes allein auf das Bestehen intestinaler Krisen und Pupillenstörungen bei fehlenden Hinterstrangsymptomen zu stellen. Verf. kann aber zwei weitere Beobachtungen gleicher Art hinzufügen und tritt für einen Sympathicus-Typus der Tabes ein als eine Bezeichnung, die mindestens den Vorteil hat, eine klinische Erscheinungsform der Tabes anzuzeigen.

Williams (178) tritt lebhaft für die Ansicht *Nageottes* ein und weist an dessen, *Vincents* und Anderer Bildern nach, daß der von den Meningen ausgehende Prozeß der Erkrankung des nervösen Apparates vorangeht. Nicht selten lasse sich direkte Fortentwickelung vom Primäraffekt aus verfolgen, jedenfalls sei Lymphocytose das erste und wichtigste Zeichen von Erkrankung des Zentralnervensystems nach Syphilis.

Der Fall von *Stursberg* (159) betrifft eine 38 jährige Frau, die ½ Jahr nach dem Primäreffekt unter schweren zerebralen Erscheinungen starb. Es fanden sich neben ausgebreiteter Leptomeningitis sehr zahlreiche kleine Erweiterungsherde meist im Mark beider Hemisphären infolge von Thrombosierung kleiner Arterien, die ihrerseits auf hyaline Erkrankung der Media zurückzuführen war. Übergang der pialen Infiltration auf die nervöse Substanz in Form von ausgebildeter Perivaskulitis ließ sich nachweisen.

Als eine eigenartige herdförmige Gefäßerkrankung bei Dementia paralytica beschreibt *Witte* (183) massenhafte Anhäufung von hyalinentarteten Gefäßen in Residuen alter Blutergüsse, Fibringerinnseln und krümeligen amorphen Massen, die sich auch in den Muskelzellen der kleinen Arterien fanden. Sie bildeten kleinere Herde und einen großen in linkem lob. par. rup. Die klinische Diagnose war zweifelhaft, der übrige Hirnbefund wies auf Dementia paralytica kombiniert mit lues



cerebri. Die krümeligen Massen werden als Ausschwitzungsprodukte gedeutet. „Exsudiktionsprodukte“ ist hoffentlich nur ein Druckfehler.

Eine frühere Arbeit erweitert *Sträußler* (157) an der Hand zweier neuer Fälle von Paralyse kombiniert mit erschwerter Lues. Der erste bot klinisch das Bild typischer Paralyse, es fanden sich aber neben den anatomischen Veränderungen der Paralyse im Stirnhirn, den Schläfenlappen und der motorischen Region verstreute miliare Rindenherde, welche die Merkmale von Granulationsgeschwülsten trugen, deren Unabhängigkeit von den Meningen nachweisbar war. Sie stellten sich als gummöse Neubildungen der Adventitia der Gefäße dar, bei denen auch der typische Plasmazellenbefund nicht fehlte. Der zweite Fall bot das Entgegengesetzte: Klinische Diagnose auf Lues cer. und Pseudotabes luetica, die histologische aber auf Paralyse, kombiniert mit entzündlichen Herderkrankungen, die *Str.* als Encephalitis bei einem Syphilitiker bezeichnet und von eigentlich syphilitischer Erkrankung trennt. Als Hirnsyphilis dürften nur spezifische gummöse Prozesse gelten, die bei den differentialdiagnostischen Erwägungen der Paralyse keine viel größere Rolle spielen als Arteriosklerose, Erweichungsherde usw.

Schaffer (141) tritt in der Deutung seines Falles von Pseudoparalysis syphilitica den Anschauungen *Sträußlers* bei. Manches deutete auf Paralyse, wie Anfälle von typisch-kortikalem Charakter und Sprechstörung, vieles dagegen und für Lues cerebri, wie das Verhalten der Pupillen, Neuritis optica und der psychische Zustand. Es handelte sich um lues cerebri in der Form umschriebener Meningoencephalitis der linken Hemisphäre mit völligem Ausschluß von Paralyse.

Den histologischen Befund bei einer tabischen Frau, die 4 Wochen nach Auftreten psychischer Veränderung an Phlegmone starb, kennzeichnet *Spielmeyer* (151) als das anatomische Bild einer Frühparalyse. Besondere Bedeutung erhält der Fall dadurch, daß auch von Infiltraten und Gefäßveränderungen freie Bezirke der Rinde Untergangserscheinungen am Nervengewebe aufweisen: auswahlweise Erkrankung der Ganglienzellen und gliöse Wucherungserscheinungen, unter denen regressiv umgewandelte, ursprünglich progressiv veränderte gliöse Elemente von Wichtigkeit sind. Der Fall beweist die Ansicht *Alzheimers* von der Selbständigkeit der nervösen Zerfallsvorgänge.

Butenko (29) untersuchte den Harn der Paralytiker und fand, daß der Zusatz einer 10 %-igen Lösung des salpetrigsauren Quecksilbers einen grauen, zuweilen auch einen schwarzen Niederschlag gibt. Diese Reaktion wurde vom Verf. in 84 bis 91 % aller Fälle gefunden. Er mißt ihr daher einen diagnostischen Wert bei.

Fleischmann-Kiew.

Sokalski (148) berichtet über einen von ihm schon früher einmal beschriebenen Mikrokokkus, den er jetzt nicht mehr als spezifisch für Paralyse ansieht. Dagegen macht er jetzt auf einen Parasiten aufmerksam, den er auch in der durch Punktion gewonnenen Cerebrospinalflüssigkeit eines Paralytikers beobachten konnte, wobei auch recht intensive Eigenbewegungen zu verfolgen waren. Es handelt sich nach dem Verf. um ein den Tryponosomen wohl nahe stehendes Protozoon, das er schon früher in der Hirnrinde und Ventrikelflüssigkeit von Paralytikern neben Gebilden zu sehen bekam, die vielleicht als Sporen zu deuten waren. *Fleischmann*-Kiew.



Süßmann (160) liefert statistische Übersicht über die Paralysefälle der Kieler Klinik von 1901—1909 nach Zahl, Prozentsatz zu den Aufnahmen, Familienstand, Alter, Beruf, Ursachen, Heredität und einzelnen klinischen Symptomen.

Rodiet und *Pansier* (132) äußern sich über die Beziehungen der Pupillenstörungen zum Verlauf der Paralyse. Sie entwickeln sich fast konstant mit dem Fortgang der Paralyse, gleichzeitig mit Ungleichheit zeigen sich mannigfache Kombinationen durch Schwächung oder Verlust der Reaktion auf Licht und Konvergenz. Ungleichheit findet sich fast regelmäßig, sobald die Reflexe gestört sind. Die Pupillenstörungen bessern sich gleichzeitig mit dem Grad der Remissionen.

Die Dissertation von *Gerich* (51) behandelt die Krankengeschichte von 6 Ehepaaren mit konjugaler Paralyse bzw. Tabes.

In dem von *Fressel* (47) bearbeiteten Fall von Tabes bestand halluzinatorische Paranoia ohne Zeichen von Paralyse. Lues und Tabes vorangegangen, Lymphocytose bestand, Serumbefund liegt nicht vor. Tabes war nach Erfrierung der Füße aufgetreten.

Die von *Malling* (98) mitgeteilten Fälle von juveniler Tabes sind reich an interessanten Zügen. Im ersten Falle — 20 jähriger Sohn einer Paralytischen. Beginn im 14. Jahre, Sehnervenatrophie — bestand Hyperostosis cranii, die auf Jodkali zurückging, der dritte bot durch manche Symptome, wie Fußdeformität, Skoliose, unwillkürliche Bewegungen der rechten Extremitäten, nystagmoide Unruhe der Augen Beziehungen zur *Friedreich*schen Krankheit, auch der vierte Fall — 24 jähriger Mann, seit dem 16. Jahre krank — hatte einige dieser Symptome. Der Sektionsbefund dieses Falles lieferte die typischen Degenerationen der Tabes der Erwachsenen, aber auch zerebralwärts zunehmende Plasmazelleninfiltration, die im Frontallappen ihren Höhepunkt erreichte und den Verdacht zuläßt, daß Paralyse entweder schon bestand oder sich klinisch bei längerem Leben entwickelt hätte.

Die von ihm früher beschriebene Entwickelungsstörung des Gehirns bei juveniler Paralyse stellt *Trapet* (161) an weiteren 6 Fällen fest. Es handelt sich wie im damaligen Fall um charakteristische Veränderungen an den *Purkinje*schen Zellen des Kleinhirns: Verlagerung, Verdoppelung und Verdreifachung des Kernes und Teilung der Zellen, in einem Falle klinischer Idiotie war auch das Großhirn mit schweren Entwickelungsstörungen beteiligt. Fall 1 und 2 waren Söhne eines Paralytikers, der ältere erkrankte mit 26 Jahren, der jüngere mit 14, Fall 6 stammte von einer paralytischen Mutter, auch im Fall 4 war Paralyse des Vaters wahrscheinlich. Fast alle Fälle zeichneten sich durch rasche Verblödung und frühzeitige motorische Störungen aus, in denen *T.* einen bemerkenswerten Unterschied von der Paralyse Erwachsener konstituiert. Am Schlusse lehnt *T.* die Ansicht *Sträußlers* ab, daß das Vorkommen solcher Entwickelungsstörungen bei Paralyse Erwachsener schon berechtige, hier eine juvenile (hereditäre) Paralyse zu diagnostizieren.

Tissot (162) erzählt einen Fall, in dem schwartige Pachymeningitis das klinische Bild einer Paralyse vortäuschte, überzeugt aber nicht, daß nicht doch Paralyse zu Grunde lag.



Sioli (146) bespricht den histologischen Befund eines Falles von Tabespsychose, der von *Westphal* 1908 klinisch geschildert ist: infiltrative Erkrankung der Pia, schwach über dem Großhirn, stark über dem Kleinhirn und Brücke, spärliche Infiltration der Gefäße mit Plasma- und Mastzellen und nicht charakteristische degenerative Veränderungen des Nervengewebes bei typischem Tabesbefunde. *S.* erklärt den Fall für eine Tabespsychose, die Beziehungen zur „stationären Paralyse" zeige und einerseits mit einer Tabes, andererseits mit einer frischen luesverdächtigen Meningitis verbunden sei.

Im Falle von *Ilberg* (81) deutete der Zustand der 27 jährigen im allgemeinen auf Katatonie, besonderes auf atypische Paralyse oder andere organische Gehirnkrankheit, der eingehend beschriebene Befund deckte endarteriitische Lues der kleinen Hirngefäße auf, die namentlich in der Rinde des Scheitel- und Schläfenlappens von herdförmigen Verödungen der Rindensubstanz umgeben waren.

Spielmeyer (152) stellt sich an einem Falle, der anatomisch eine Kombination von Paralyse und multipler Sklerose darstellte, die Frage, ob es sich tatsächlich um Koinzidenz beider Krankheiten handelt oder ob die paralytische Erkrankung auch einmal sklerotische Herde hervorbringen kann. Aus der Fülle des Gebrachten kann nur einiges hervorgehoben werden: neben dem gleichmäßigen Markfaserschwund bei Paralyse kommt es häufig zur Bildung markloser Herde — kortikalen Markfraß nennt es *Sp.* —, die keine pathogenetischen Beziehungen zu den Gefäßen und den Veränderungen im funktionstragenden Nervengewebe haben, gelegentlich tief in die weiße Substanz eingreifen und sich in ihren histologischen Merkmalen weder von den im Rückenmarks dieses Paralytikers gefundenen sklerotischen Plaques noch von den bei multipler Sklerose unterscheiden. Klinische Eigentümlichkeiten scheinen diesem Befunde, obgleich er nur bei Paralyse vorkommt und selbst bei der naheverwandten Schlafkrankheit fehlt, nicht zuzukommen. Die auch bei multiplen Sklerosen nachgewiesenen Plasmazelleninfiltrate der adventitiellen Gefäßräume und der Meningen erhöhen die Ähnlichkeit ihrer Herde mit den paralytischen, jedenfalls ist es höchst wahrscheinlich, daß die zentrale paralytische Erkrankung auch herdförmigen Markausfall im Rückenmark gesetzt hat.

Arsimoles und *Halberstadt* (1) schließen an den Fall eines 14 jährigen eine kurze Monographie über jugendliche Paralyse, die in knapper Form alles wichtige enthält und die Literatur (182 Nummern sind angeführt) ausgiebig verwendet.

May (104) berichtet über einen Fall von Paralyse bei einem 14 jährigen, der 16 Jahre alt starb. Bemerkenswert war, daß er aus degenerierter Familie von einer tuberkulösen Mutter stammte, keine Syphilis, auch keine Lymphozytose nachweisbar war und Hinter- und Seitenstränge stark beteiligt waren. Der Hirnbefund war typisch paralytisch.

In *Ghirardinis* (53) Fall von konjugaler Paralyse infizierte der Mann 1 Jahr nach akquirierter und schlecht behandelter Syphilis die Frau und wurde nach 13 Jahren paralytisch. Nach weiteren 7 Jahren erkrankte die Frau an Paralyse.

Ledermann (95) teilt seine Beobachtungen an 104 Fällen von extragenitaler bzw. familiarer Syphilis mit, 42 tertiär luetische Frauen mit positiver Reaktion hatten von voraufgegangener Infektion keine Kenntnis.



Southard (150) stellt zusammen, wie oft unter 247 beobachteten und obduzierten Fällen die klinische Diagnose falsch war. Von 41 sicher als paralytisch Betrachteten waren 35 paralytisch, von 7 klinisch wahrscheinlich Paralytischen 2, von 13 zweifelhaften 6, sowie 2 als nicht paralytisch Angesehene. Einige Befunde sind genauer beschrieben, wie ein Fall von Meningomyelitis mit Encephalitis (luetica?), 2 Fälle von Tabes mit nicht-paralytischer Gehirnerkrankung und Fälle von Arteriosklerose und zerebraler Sklerose.

Coleburn (32) gibt Untersuchungsreihen an Paralytikern über die Beziehungen der Temperatur zu Hämoglobingehalt, Erythrozyten, Leukozyten und polynukleären usw. Zellen. Im Krankheitsbeginn ergab sich nichts Auffälliges, später beeinflußten Affekte, Anfälle und Indispositionen unverhältnismäßig die Temperaturen gleichzeitig mit stärkerer Lymphozytose. Im allgemeinen bestätigen die Untersuchungen die Ansichten *Rottenbillers*.

de Fursac und *Vallet* (50) besprechen einen Fall mehrmonatiger Hypothermie bei einem Paralytiker. Die betonte günstige Wirkung von Zuckergaben läßt sich aus der Temperaturkurve nicht gerade erkennen.

Kern (91) erörtert das Vorkommen des paranoischen Symptomenkomplexes bei Paralyse in der Richtung, ob es statt auf Paralyse vielmehr auf hirnluetische oder tabische Erkrankung zu beziehen ist, ob es Schlüsse auf Verlaufsarten der Paralyse erlaubt und ob es möglich ist, es durch originäre Veranlagung, durch Entstehen aus Halluzinationen, Umdeutung von Paraästhesien oder das Gefühl der Insuffizienz zu erklären. 4 Fälle werden beschrieben, aus denen die Bejahung aller genannten Möglichkeiten hervorgeht, auch der, daß ihm Hirnlues zugrunde liegen kann. Jedenfalls deutet es auf irgendwie atypische Form, wenn es nicht wie bei typischer Paralyse eine flüchtige Erscheinung ist.

Hierher gehört der von *Steudemann* (156) behandelte Fall eines Paralytikers, der auf Grund von Wahnideen, die eine Zeitlang bei ihm vorherrschten, einen Mord beging.

v. Ehrenwall (38) bespricht Fälle von paralyseähnlichen Krankheitsbildern. Ein als Hirnlues aufgefaßter erwies sich durch die Sektion als Paralyse, bei den anderen handelt es sich nur um den klinischen Komplex. Der genügt an sich nicht, auch wenn man nicht, wie Verfasser tut, manisch-depressive Zustände von 30- bzw. 18 jähriger Dauer zu paralyseähnlichen rechnet. Daß die Anfälle bei ihnen durch Alkoholexzesse und durch Geldgier ausgelöst sein sollen, ist auch unannehmbar.

Die Behandlung syphilitischer Erkrankungen mit dem Präparat Ehrlich-Hata ist Gegenstand zahlreicher Arbeiten. Soweit sie bis August veröffentlicht waren, sind sie objektiv und eingehend von *Bresler* (24) besprochen in seiner Broschüre: „Die Syphilisbehandlung mit dem Ehrlich-Hataschen Mittel", die in zweiter Auflage vorliegt und fortgesetzt werden soll. Es kann genügen, auf diese ausführlichen Referate der Arbeiten von *Wechselmann* (175, 176), *Glück* (55), *Becker* (8), *Herxheimer* (66), *Schreiber* und *Hoppe* (143) und vieler anderer hinzuweisen, die sich mehr oder minder ausschließlich mit der Wirkung auf Haut- und Organlues beschäftigen. Hier interessieren nur die Beobachtungen an psychiatrisch-neurologischem Material. *Williges* (180) hat unter anderen 24 Paralytiker mit dem Mittel

behandelt, einmal wurde ein deliranter Zustand dadurch ausgelöst, in zwei Fällen von Hirnlues trat der Tod ein, bei einem infolge nachgewiesener akuter Arsenikvergiftung, beim zweiten im Koma, das den bereits gebesserten Vergiftungserscheinungen folgte und auf den bestehenden Diabetes zu beziehen war. Der Erfolg bei metasyphilitischen Erkrankungen war unsicher, das wird auch durch den nicht regulären Einfluß auf die *Wassermann*reaktion angedeutet, möglich, daß einige Remissionen auf das Mittel zu beziehen waren. Ob Änderungen des Verfahrens und Kombination mit anderen Mitteln besser wirken können, bedarf weiterer Untersuchungen; jedenfalls seien wir noch nicht berechtigt, alle bisher erprobten Methoden der Behandlung zugunsten des neuen Mittels aufzugeben.

Eine zweite Arbeit *Williges'* (181) bespricht die Wirkung der Arsendarreichung in anderer Form, meist als Injektionen von Acid. arsenic. Bei Metasyphilis und Lues cerebralis war kein Erfolg zu bemerken, guter bei multipler Sklerose, befriedigender bei Polyneuritis und Neuritiden verschiedener Ursachen. Fälle von *Friedreich*scher Ataxie, Pseudobulbärparalyse und Hemiplegie blieben unbeeinflußt. Einige Krankengeschichten erläutern die Resultate.

Nach *Oppenheim* (122) wirkt das Mittel bei Lues cerebrospinalis anscheinend nicht mehr als Jod und Hg., kann aber Erfolg haben, wo diese versagen. Am promptesten scheint es bei gummösen Prozessen zu wirken, während Arteriitis und Spinalparalyse nicht erheblich beeinflußt werden, auch scheint es nicht vor der Erkrankung an Hirnsymptomen zu schützen. Dem bedeutenden Erfolg in einem kleinen Teil von Tabesfällen stehen entschiedene Mißerfolge und Schädigungen in anderen Fällen gegenüber. Einen vielleicht nicht dauerhaften eklatanten Erfolg hat *O.* in einem als Paralyse imponierenden Fall gesehen, sonst beeinflußte es die Paralyse nicht oder schlecht, allenfalls sei mit dem Mittel ein Versuch in zweifelhaften Fällen gerechtfertigt.

Blaschko (18) meint, daß man bei den sog. parasyphilitischen Affektionen des Nerven- und Gefäßsystems wohl nur in den allerersten Stadien Versuche mit dem Mittel anstellen dürfe.

Hoffmann (73) führt in seinem Bericht über die Erfolge mit „606" aus, welche Wichtigkeit der Spirochätennachweis für die frühzeitige Erkennung und systematische Bekämpfung der Syphilis hat, und legt Wert auf Entfernung des Primäraffektes, weil gerade dort noch Jahre später virulente Spirochäten gefunden werden können. In einem seiner Fälle wurde die *Wassermann*reaktion negativ, obgleich sich an der Tonsille noch eine Plaque mit zahlreichen Spirochäten fand.

Treupel (163) meint, daß u. a. bei rezidivierender Syphilis und Metasyphilis vielleicht höhere Dosen bis 0,9 je nach Körpergewicht in Betracht zu ziehen seien. In (164) und (165) betont er den prompten Erfolg bei frischer Hirnsyphilis. Bei Tabes und Paralyse sei vielleicht ein Stillstand der Prozesses zu erreichen. Einige Besserungserscheinungen ließen sich verzeichnen.

Spiethoff (154) erwähnt das Auftreten eines epileptischen Anfalls 4 Stunden nach der intramuskulären Injektion bei einem anscheinend katatonischen 31 jährigen Mann mit latenter sekundärer Lues, der in der Jugend auf petit mal verdächtige Zustände gehabt zu haben scheint.



Brändle und *Clingestein* (23) haben bei 4 von 27 Behandelten Rezidive gesehen, allerdings bei dreien nach kleiner Dosis von 0,3, sie haben mit dieser Gabe auch nie Umschlag der *Wassermann*reaktion erzielt.

Nach *Fischer* und *Hoppe* (44) hält die Ausscheidung des subkutan eingeführten Arsens durch den Urin beim Paralytiker weit länger an als beim Epileptiker mit guter Nierenfunktion, schnell fand es auch beim Paralytiker statt nach intravenöser Injektion. Im Stuhl ist das Arsen länger als im Urin nachweisbar. Bei einer 36 Tage nach Injektion gestorbenen Frau fanden sich noch beträchtliche Arsenmengen in den Glutäen. Aus dem Blut scheint das Arsen zu gleicher Zeit zu verschwinden wie in Urin und Kot.

Fauser (40) hat von 14 mit „606" behandelten Paralytikern bei 3 ganz bedeutende und anhaltende Besserung gesehen.

Becker (9) berichtet kurz über die neueren Mittel zur Behandlung der Paralyse und ihrer Einzelerscheinungen. Ob wir den Gewinn von dem Ehrlichschen Präparat, die Paralyse zu verhüten und initiale Paralyse zu heilen, schon buchen können, wie *B.* meint, soll doch erst die Erfahrung lehren. Der Rat, die anfängliche Behandlung der Paralyse den Sanatorien zu überlassen, ist bedenklich, und was ist unter „anfänglich" zu verstehen?

v. Barth-Wehrenalp (7) stellt Ratschläge für die Erkennung und Behandlung der Paralytiker in Sanatorien zusammen. „Mit besonderer Freude wird wohl kein Anstaltsleiter einen Paralytiker in seinem Sanatorium begrüßen."

Williams (179) geht davon aus, daß Paralyse eine syphilitische Krankheitsform ist, und glaubt das Versagen spezifischer Behandlung auf zu späte Diagnose, unrichtige Mittel und Vernachlässigung körperlicher Hygiene zurückführen zu können. Als Beweis dafür soll ein Fall gelten, der durch Sublimateinspritzungen geheilt sei. Neunjährige schwere Neurasthenie spricht gerade nicht für ein „frühe" Paralyse; Serum und Liquor wurde nicht untersucht, sichere Paralysezeichen fehlten, die Behauptung, daß die Diagnose nur durch psychometrische Experimente gelang, ist naiv.

Valle y Jove (171) will durch wiederholte Einspritzungen von Diphtherieserum einen Fall von Tabes wesentlich gebessert haben.

Jelliffe (79) tritt in einer klinischen Vorlesung über Paralyse für die Unschädlichkeit früher Merkurialkur ein, zumal der Verdacht auf cerebrospinale Lues nie ganz auszuschließen sei.

Marinesco (102) berichtet über Erfolge der Röntgentherapie bei Paralyse und multipler Sklerose. 10 Paralytiker wurden mit abwechselnder Bestrahlung der Frontal-, Ozzipital-, Parietal- und Temporalregion in 15—45 Sitzungen von der Dauer von 10 Minuten behandelt, zwei ohne Erfolg, die anderen mit mehr oder minder weitgehender Besserung, bei einem konnte fast von Heilung gesprochen werden, die Lymphozytose wurde gering und die *Wassermann*reaktion verschwand aus dem Liquor, aber nicht aus dem Serum. 2 Fälle von multipler Sklerose erfuhren recht erhebliche Besserung der motorischen Störungen: des Zitterns, der Sprache, des Ganges und der Sphinkterenfunktion, besonders der Schrift. Ein Fall blieb

unbeeinflußt. Der günstige Einfluß der Röntgenstrahlen beruhe auf ihrer experimentell festgestellten zerstörenden Einwirkung auf die jungen Zellen.

Jurman (85) berichtet über drei Fälle von Paralyse (resp. Taboparalyse) mit typischen somatischen und psychischen Symptomen, die unter dem Einfluß von zufällig hinzugetretenen Eiterungsprozessen fast sämtlich verschwunden waren. In den beiden Fällen von Taboparalyse blieben nur die tabetischen Symptome übrig. Die vorhanden gewesenen Sprach- und Schreibstörungen sind vollständig zurückgegangen. Frappant war die Hebung der intellektuellen Kräfte der Patienten. So konnte einer derselben einen verantwortlichen und ziemlich schwierigen Posten an einer Eisenbahnverwaltung bekleiden. In einem Falle hält diese Besserung bereits 7 Jahre, im anderen sogar 12 Jahre an. In allen Fällen setzte die Besserung ziemlich plötzlich mit dem Fortschreiten des Eiterungsprozesses ein.

(*Fleischmann*-Kiew.)

Donath (37) berichtet über die Erfolge bei einer zweiten Reihe von Paralysen, die mit nukleinsaurem Natrium behandelt wurden. Von 15 Fällen starb einer an Apoplexie, 5 blieben ungebessert, 6 gebessert, 3 bis zu wieder erlangter Arbeitsfähigkeit. Einige Krankengeschichten werden mitgeteilt. *D.* macht auf die erstaunlich rasche Anpassung an das Mittel aufmerksam und richtet die Steigerung der Dosen nach der Temperatursteigerung

Pilcz (128) legt weitere Beobachtungsreihen der Paralytiker vor, die er nach der Aufnahme abwechselnd mit Tuberkulin behandeln oder unbehandelt ließ. Von 60 behandelten Paralytikern leben noch 9, starben im 1. Jahr 19, im 2. Jahre 21, im 3. Jahre 7, im 4. Jahre 4. Die entsprechenden Zahlen bei 64 nicht-behandelten waren 5, 37, 18, 2, 2. Dies spricht zugunsten der Behandlung, der auch häufigere und anhaltendere Remissionen zuzuschreiben waren. Gesetzmäßige Beziehungen des Grades und der Häufigkeit der fieberhaften Reaktion zum Erfolge ließen sich nicht erkennen. Auf Drängen der Angehörigen behandelte *P.* eine hartnäckige Katatonie mit Tuberkulin und ist geneigt, die schnelle Heilung auf dessen Rechnung zu setzen, andere Fälle zeigten sich indessen davon nicht beeinflußt.

b) Präsenile und senile Psychosen.

Huchard (76) legt in einem von *Dutoit* vortrefflich übersetzten Sammelreferat seinen Standpunkt über Wesen und Behandlung der Arteriosklerose dar. Er unterscheidet zwischen Atherom als anatomische Läsion und der eigentlichen Arteriosklerose, deren klinisches Bild sich in folgendem charakterisiert: Nachdem infolge des arteriellen Überdrucks die simultane Sklerose des Herzens und der Nieren die Stadien der Präsklerose (Gefäßkrampf!) und der Kardiektasie durchlaufen, beginnt die Mitralisierung und als Symptom der Herzinsuffizienz der arterielle Unterdruck. Die Grundlage ist die Intoxikation, die ihrerseits die mannigfachsten Ursachen haben kann, wie *H.* an einer Statistik aus seinen Fällen erläutert. Der klinische Verlauf und die Therapie werden in 6 Leitsätze zusammengefaßt: 1. das Stadium der Präsklerose, der Intoxikation und der Hypertension erfordert Bekämpfung der Ursachen, Milchdiät für die Dauer der Erkrankung, Diuretika, besonders Theobromin mit Thymiansäure, Massage, Thyroidinmedikation,



das 2. Stadium der arteriellen Stenose erfordert Ruhigstellung der Organe, 3. die renale Insuffizienz, eines der frühesten Symptome der kardioarteriellen Periode, verlangt spezielle renale Therapie, hier ist auch das Jod in kleinen Dosen am Platze, 4. die arterielle Kardiopathie, die durch Arteriitis der Koronalarterien meist dicht vor der akuten Herzerweiterung steht, erfordert Bekämpfung der Kardioektasie als Ursache und die Stenokardie als Wirkung, hier findet die Digitalis medication berechtigte Verwendung. Als 5. Erscheinungsform bezeichnet *H.* die Arythmie und als 6. die Generalisierung der Sklerose auf andere Organe. Zu warnen sei vor dem Mißbrauch der Jodpräparate, der Elektrizität, Mineralwasserkuren, antisklerotisierender Sera und Terrainkuren.

Diesen Grundzügen der Behandlung tritt *Aufrecht* (2) im ganzen bei, auch er hat von Jodmedikation nicht viel Gutes gesehen, dagegen recht günstige Erfolge von dauernder Verabreichung von Ferrum reductum und Natr. bicarb. in Pillenform, um durch vermehrte Kalkausscheidung die Kalkablagerung in den Gefäßen zu verringern. Das Wesen der Krankheit sieht *A.* in einer von den vasa vasorum ausgehenden Entzündung, deren Folge die Wandveränderung des von ihnen versorgten Gefäßes ist. Abnahme der Elastizität und Zunahme der Dehnbarkeit sind die charakteristischen physikalisch-physiologischen Zeichen der Gefäßwanderkrankung und die Hypertension ist nicht Ursache oder Vorläufer der Arteriosklerose, sondern erstes Symptom, das sich auch nicht selten als Vergrößerung der Herzdämpfung präsentiert. Weiterhin werden eingehend klinische Einzelsymptome besprochen.

Treupel (166) hebt in seinem Fortbildungsvortrag über Gefäßerkrankungen den Einfluß vererbter Disposition zu frühzeitiger Abnutzung hervor. Das Krankheitsbild der cerebralen Arteriosklerose wird kurz skizziert.

Aus der Erfahrung, daß gerade die sog. Pflichtmenschen das Gros der Arteriosklerotiker bilden, betont *Herz* (70) die psychische Ätiologie der Arteriosklerose. Es erkranken die Menschen, die sich zur Erfüllung ihrer Pflichten zwingen müssen, im Gegensatz zu denen, die ihren Aufgaben ohne Unlustempfindungen gerecht werden oder denen die Pflicht nicht viel gilt. In diesem Lichte erscheine psychische Behandlung bei Arteriosklerose verständlich und angebracht.

Herz (68) bezeichnet auf Grund dieser Theorie die Erziehung der Jugend zur Überwindung der Unlust bei der Arbeit als prophylaktische Maßnahme. Viel läßt sich dabei nicht denken. Werden dadurch auch die toxischen Ursachen verhindert? Die Arteriosklerosefrage scheint fast zu sehr unter dem Zeichen der Spekulation zu stehen.

Pilcz (129) behandelt in seinem Vortrage über nervöse und psychische Störungen bei Arteriosklerose in erster Linie die Differentialdiagnose von einfacher Neurasthenie, Paralyse und Altersblödsinn. Die Grenzen scheinen oft schärfer gezogen, als mit klinischen Erfahrungen übereinstimmend, und die Behauptung: die *Wassermann*reaktion fällt bei Arteriosklerose negativ aus, ist in dieser Bestimmtheit zu bestreiten. Jodbehandlung wird empfohlen, *P.* zieht Jodkali oder Jodnatrium den weniger zuverlässigen neuen Jodpräparaten vor. Wo Diuretin schlecht vertragen wird, ist reines Theobromin zu geben.



Gumpert (60) schreibt dem Jodamemin gleiche Wirkung und weniger Nebenerscheinungen zu als dem Jodkali.

v. Tschisch (168) schickt seiner Besprechung der nervösen und psychischen Störungen bei Arteriosklerose voraus, daß wir uns mit dem allgemeinen Bilde begnügen müssen, so lange nicht alle Ursachen der Arteriosklerose festgestellt und ihre klinischen Bilder im Zusammenhange mit der auslösenden Ursache erforscht sind. Richtig, aber noch mehr wird es darauf ankommen, die Ursachen der Lokalisation der Arteriosklerose und ihr Zusammengehen mit anderen Ursachen des Symptomenkomplexes zu erforschen. Sog. psychische Ursachen wie geistige Strapazen läßt *v. T.* nicht gelten.

Herz (69) erörtert im besonderen die kurzen Ohnmachten der Arteriosklerotiker, die von den Anfällen arteriosklerotischer Epilepsie zu trennen sind, wenn auch Übergänge bestehen. Sie seien auf die Extrasystolen des arteriosklerotischen Herzens zurückzuführen, die plötzliche und von den erkrankten Hirngefäßen nicht ausgleichbare Zirkulationsstörung im Gehirn verursache. Solche Extrasystolen finden sich immer bei diesen Kranken und die den Anfällen gelegentlich vorangehenden Empfindungen seien denen bei Extrasystole sehr ähnlich. Die Zustände seien wesensverwandt mit denen, die bei anderen Organen als Dyspragien bezeichnet werden. Hier wird Jod empfohlen und vor Theobromin gewarnt.

Roßbach (135) beschreibt den von *Pierre Marie* als „état vermoulu" bezeichneten Befund an arteriosklerotischen Gehirnen, der sich tatsächlich am besten mit Wurmgängen zwischen Rinde und Holz vergleichen lasse. Es handelt sich hier um vernarbte arteriosklerotische Erweichungen, die durch gleichzeitigen oder sukzessiven Verschluß nebeneinander liegender Gefäße entstanden sind. Sie sind von der senilen Rindenverödung *Alzheimers* unterschieden, aber wahrscheinlich nur graduell. Auffallend ist das Verhalten der Pia über diesen Herden: nach dem Untergang der Hirnrinde und der anfänglich erhaltenen gliösen Oberflächenschicht scheint auch sie zu verschwinden, während die aus dem Grunde der Narbe herausragenden Gliabündel einen Überzug von mesodermalem Gewebe erhalten haben.

v. Oláh (120) protestiert gegen die Einführung der arteriosklerotischen Demenz als klinischen Begriff, es gibt eine nosologisch noch nicht geklärte Involutionspsychose, die wohl mit Arteriosklerose einhergeht, aber nicht von ihr bedingt ist.

Southard (149) findet unter 42 als einfache senile Demenz aufgefaßten Fällen nur 66 %, in denen der anatomische Befund die Diagnose rechtfertigte, weil sich entweder Atrophie oder kortikale Arteriosklerose oder beides fand. 14 Fälle gehörten demnach zu Psychosen anderer Art, werden auch die Fälle kortikaler Arteriosklerose ausgeschaltet und nur die senile Atrophie betrachtet, so bleiben nur 8 Fälle reiner seniler Demenz. Diese waren sämtlich weiblich, waren nicht belastet, zeigten die charakteristischen äußeren Befunde des Alters und Stumpfheit der Sinne und hatten entweder Nephritis oder renale Arteriosklerose, auffallend oft Narben alter Tuberkulose und immer Arteriosklerose der Körperarterien. Was den durch Photogravuren illustrierten mikroskopischen Befund betrifft, so schließt sich *S.* im allgemeinen der Theorie *Metschnikoffs* an, hält aber die Neurophagie für sekundär oder pari passu mit den Veränderungen an Zellen und Fasern.

r*



Halberstadt (62) schildert einen Fall von typischer *Wernicke*scher Presbyophrenie. Von denen, die diese Form mit der *Korsakoff*schen Psychose identifizieren, ist auf die motorischen Symptome der Fälle hingewiesen. Ob der Fall diese Ansicht unterstützt, läßt *H.* unentschieden, die hier recht deutliche Schwäche der Beine läßt sich auch auf Arteriosklerose beziehen.

Hübner (77) hat 37 Gehirne von Geisteskranken verschiedenster Formen im Alter von 18—60 Jahren, auch von 2 Gesunden über 60 Jahren auf die von *Fischer* beschriebenen Drüsenbildungen untersucht mit der *Bielschowsky*-Methode. Sichere Beziehungen dieser Herde, wo sie vorkamen, zu den klinischen Erscheinungen ergeben sich nicht, bei jüngeren Individuen fehlten sie. *H.* schließt, daß die Plaques nicht charakteristisch für eine bestimmte Alterspsychose sind und nur anzeigen, daß das Gehirn von einem geistes- oder gehirnkranken, mindestens im 5. Lebensjahrzehnt stehenden Menschen herrührt. Sie seien wohl als Abbauprodukte anzusprechen, die mit Mikrobenanhäufung nichts zu tun haben und auch nicht regelmäßig die von *Fischer* als Regenerationsursache gedeuteten keulenförmigen Auftreibungen der Fibrillen aufweisen.

Fischer (42) erklärt in seiner ausführlichen Neubearbeitung seiner Lehre, daß die Befunde *Hübners* eine Bestätigung geliefert hätten, wenn die klinischen Erscheinungen richtig gedeutet wären, und erhebt diesen Einwand gegenüber allen Arbeiten, die seine Resultate mehr oder minder ablehnend beurteilen. Auf Grund alter und neuer Fälle, deren Krankengeschichten eingehend aufgeführt werden, formuliert er den Satz, daß wir in der Drusenbildung, der „Sphärotrichie", nicht nur eine eigenartige und besondere Veränderung des Gehirns vor uns haben, sondern eine Hirnkrankheit im klinischen und pathologisch-anatomischen Sinne, und daß wie sie als Ursache einer ganz bestimmten, klassifizierbaren und auch klinisch diagnostizierbaren Psychose ansehen müssen. Die Drusen werden durch Konglomerate feinster Fäden gebildet, die im Nervensystem als eine fremde, wachsende und das Gewebe verdrängende Masse auftreten, es zwar schädigen, aber nur ausnahmsweise zerstören, wenn sie es diffus infiltrieren oder einschließen, sonst aber nur zu Wucherungen der Achsenzylinder und Fibrillen führen und keine reaktive Entzündung hervorrufen. *F.* unterscheidet 8 Stadien, die an zahlreichen Bildern vorgeführt werden: 1. Stadium der Sternchenbildung, 2. der Morgensternformation, 3. der Speichenbildung, 4. der Rädchenbildung, 5. des dickfaserigen Knäuels, hiermit schließt die Entwicklung ab, zu schwer bestimmbaren Zeiten treten dazu pelzartige Destruktion der Gefäßwand, Destruktionsstadien der Drusen und diffuse Infiltration des nervösen Gewebes durch die fädigen Massen. Alle Fälle von „Sphaerotrichia cerebri multiplex" zeigen Presbyophrenie oder, wie *F.* vorschlägt: presbyophrene Demenz, alle Fälle ohne Sphärotrichie verlaufen als einfache senile Demenz.

Döblin (35) ist der Ansicht, daß der senile Demenzvorgang ein genuiner Prozeß ist, der die Entwicklung von Psychosen bei Disponierten oder schon Kranken begünstigt, die aber nicht an das Senium gebunden sind, um als senile Psychosen gelten zu können. Diese hätten so wenig mit dem Alter ätiologisch zu tun wie das



Jugendirresein mit der Jugend und die Haftpsychosen mit der Haft. Zwei Fälle dienen als Grundlage für die Betrachtungen.

c) Psychosen bei Herderkrankungen.

v. Monakow (108) behandelt in seinem Vortrage über Aufbau und Lokalisation der Bewegungen allgemein-physiologische und prinzipiell lokalisatorische Gesichtspunkte. Die Körperbewegungen des Menschen lassen sich biologisch trennen in 1. rohe Schutz- und Abwehrreflexe, lokomotorische Reflexe, 2. koordinierte lebenswichtige Bewegungen, 3. Orientierungsbewegungen, 4. Orts- und Prinzipalbewegungen, 5. Bewegungen der spontanen Nahrungsaufnahme, 6. Ziel- und Fertigkeitsbewegungen, 7. sexuelle und Ausdrucksbewegungen. Verfasser verfolgt diese aus phylogenetisch wie ontogenetisch älteren und jüngeren Komponenten bestehenden Bewegungsarten durch die Tierreihe und beim Kinde und weist nach, wie sich in jeder Bewegungsart Bewegungsfaktoren verschiedener Wertigkeit bereits in der synchronen Bewegungsphase finden und der zeitliche Aufbau der kombinierten Bewegungen ein eminent weitschichtiger ist: bei jeder Handlung sind mindestens drei zeitlich differenzierte Erregungsperioden zu unterscheiden: die Erweckung, die Mobilisation und die Realisation, dementsprechend mannigfaltig ist die Lokalisation der Bewegungen. Deshalb kann von einer einheitlichen, etwa gliedtopographischen Lokalisation für sämtliche Bewegungsarten nicht die Rede sein, sondern in inselförmige bzw. punktgruppenförmige Zentren können nur Bewegungskomponenten lokalisiert werden, die einer simultanen Inanspruchnahme von Muskelgruppen einer bestimmten Körperpartie entsprechen, für die Sukzession von Synergien tritt ein neues Lokalisationsprinzip in Kraft, das Prinzip der Vertretung nach weit ausgespannten Erregungsbogen. Die tektonischen Komponenten der synchronen und der sukzessiven Lokalisation kennen wir nur ganz fragmentarisch, größtenteils gar nicht.

Der Vortrag *v. Monakows* (109) über Lokalisation der Hirnfunktionen baut sich auf der gleichen Betrachtungsweise auf und verweilt länger bei dem Wesen der Diaschisis, die eine Brücke bilde zwischen den einer distinkten Lokalisation zugänglichen und den ihr nicht zugänglichen nervösen Phänomenen. Sie sei nichts anderes als ein akuter (dynamischer) Einbruch in die komplizierte Tätigkeit der Hirnstrukturen.

Levi-Bianchini (97) bespricht die Diaschisislehre *Monakows* kritisch und zustimmend.

Röll (133) konstatiert an Tabellen *Rieger*scher Kephalogramme, daß sich aus den drei Grundachsen annähernd der Schädelinnenraum schätzen lasse: der mutmaßliche Schädelinnenraum wächst im allgemeinen in einem einfachen progredienten Verhältnis zur jeweiligen Größe der drei Grundachsen. Durch Vergleiche der faktischen Kapazität mit der gemutmaßten wird festgestellt, daß der zur Ermittlung der letztern angewandte Modus, die Zahl der Diagramme mit 1,5 zu multiplizieren, nur bei mittelgroßen Schädeln richtig ist, und vielmehr bei sehr großen Köpfen mit 1,6, bei kleinen mit 1,4 zu multiplizieren ist.



Spielmeyer (153) beschreibt ein Verfahren, mit dem sich auch an Gefrierschnitten von der Hirnrinde mit *Heidenheim*scher Färbung gute Bilder erzielen lassen.

Nach *Volpi-Ghirardini* (173) entspringen oder enden die Fibr. arcuat. ext. ant. in den Zellen der Nuclei arcuati des Bulbus, doch können nicht die Fasern mit diesen Kernen in Verbindung stehen, weil sie sich in der Med. oblong. des Troglodytes niger wohlentwickelt vorfinden, trotzdem er keine Spur von Kernen aufweist. Sie haben hier auch einen besonderen Verlauf durch die Pyramiden selbst statt wie sonst längs des ventralen peripheren Randes des Bulbus.

Besta (10) schließt aus den Veränderungen, die bei Kaninchen nach Ausreißen des Ischiadikus einerseits und Kompression der Bauchaorta andererseits eintreten, daß sie einen absoluten Beweis gegen die Hypothese *Helds* von der Kontinuität zwischen Endbäumchen und den Nervenzellen liefern und für die Kontakttheorie *Cajals* sprechen: im ersten Fall Zerstörung der Nervenzellen mit völliger Intaktheit der Endbäumchen und marklosen Fibrillen, im zweiten wenig beschädigte Zellen aber totales Verschwinden der Fibrillen und Knospen.

Durch ein angegebenes neues Verfahren zur Darstellung der Fibrillen bestätigt *Besta* (11) die Anschauungen *Golgis* über das intrazelluläre Netzwerk und lehnt es ab, daß es dem Trophospangium *Holmgrens* entspricht.

Seine Untersuchungsergebnisse über das perizelluläre Netzwerk der Säugetiere faßt *Besta* (13) in Schlußsätzen zusammen: Alle Nervenzellen mit Ausnahme der Spinalganglien und verwandten Bildungen der Hirnnerven sind von einem Netz umgeben, dessen Morphologie charakteristisch ist und in verschiedenen Zellgruppen und Tieren konstante Eigenheiten aufweist. In einigen Zellen schieben sich in das zelluläre Protoplasma Fortsätze von besonderer Form und Zahl. Das periphere Netzwerk setzt sich mit einem diffusen interstitialen Netz fort, das in den Rest des Gewebes eindringt und die konstitutiven Elemente umgibt. Daß peripheres und diffuses Netzwerk artifiziell sind, ist auszuschließen, sie sind sicher aber auch ihrerseits als konstitutive Elemente des Nervengewebes aufzufassen. Über ihre Natur und Funktion ist noch nichts Sicheres zu sagen, wahrscheinlich sind sie Produkte der Neuroglia und dienen dem Zweck der Isolierung, keinesfalls dem der Leitung.

Besta (14): Die primäre Färbbarkeit des Nervengewebes ist sehr wahrscheinlich durch die Anwesenheit einer besonderen Substanz bedingt, welche die basischen Farben zu fixieren vermag und charakteristische Eigenheiten besitzt, man könne sie als „Substantia libera Bethe" bezeichnen. Wässerige Salz- und Salpetersäurelösung bringen in den Nervenelementen eine sekundäre Färbbarkeit für basische Färbemittel zustande, die wahrscheinlich an eine spezielle nicht mit der *Bethe*schen Substantia libera identische Substanz gebunden ist. Sie wird durch die Substanzen, welche die Subst. libera statt dessen verschwinden lassen, nicht zerstört, sondern nur an der Färbung gehindert.

Aus Bestimmungen der Viskosität bei Geisteskranken schließt *Ziveri* (187), daß die Viskosität des Blutes, des Serums und des Liquor cerebr. bei Epilepsie, Dementia praecox, Deliranten und Manisch-Depressiven die normalen Schwan-



kungen nicht übersteigt. Geringe Vermehrung scheint bei Alcoholismus acutus zu bestehen und im Status epilepticus, wo sie durch die Asphyxie bedingt erscheint. Ein diagnostischer oder prognostischer Wert für Psychosen kommt der Viskosität hiernach nicht zu.

Jelliffes (80) Fall von Thalamus-Syndrom (*Déjérine*) unterscheidet sich vom typischen Bilde durch das Fehlen paroxysmaler Schmerzen. Er betraf einen 40 jährigen, vor 13 Jahren infizierten Mann, der vor einem Jahre einen apoplektischen Insult überstanden hatte und neuerdings einen Anfall mit rechtsseitiger Schwäche ohne Bewußtseinsstörung hatte. 1 Monat später zeigte er folgenden Befund: rechtsseitige leichte Parese, deutliche Ataxie der rechten oberen, schwache der rechten unteren Extremität, choreoathetoide Bewegungen des rechten Armes, Störung der Schmerzempfindung und des Lagesinns daselbst. Arteriognosie der rechten Hand, leichte Schmerzen in der rechten Schulter, enge, verzogene und ungleiche Pupillen, mäßige Indolenz. Von diesem Syndrom sind nach *J.* bisher 12 reine Fälle beschrieben.

Ziveri (186) erörtert den anatomischen Befund in einem Falle von präseniler Angstpsychose (47 jährige Frau) und bemerkt, daß die beschriebenen Veränderungen im Hirngewebe nicht sehr charakteristisch sind, weil sie teils allen senilen und präsenilen Formen zukommen, teils Befunden bei den verschiedensten akuten und subakuten Psychosen entsprechen. Wichtig ist aber, daß sie in den Stirnwindungen am stärksten ausgeprägt waren und in abnehmendem Grade zuerst die Rindenzellen, dann die Neuroglia und zuletzt das Gefäßsystem betrafen.

In dem Fall von *Schloß* (142) wurde bei einem tuberkulösen Trinker, der zuletzt psychisch erkrankt war, eine in das Stirnhirn hineinragende Messerklinge gefunden Die vor 18 Jahren beigebrachte Verletzung hatte weder unmittelbar noch später Symptome gemacht und ein Kausalnexus zwischen ihr und der auf eine Reihe anderer Faktoren bezüglichen Psychose ist auszuschließen.

Die Eigenart des von *Bircher* (16) mitgeteilten Falles von Schädelfraktur bestand darin, daß ein 4 : 5 cm großes Stück des Stirnbeins mit dem Sinus frontalis in toto in das Schädellumen getrieben war mit Zertrümmerung von Hirnsubstanz. In beiden Fällen handelte es sich um ein mit großer Kraft gegen die Stirn springendes Holzstück. Heilung ohne Folgen.

Bartel (5) stellt die Obduktionsbefunde von 122 Selbstmördern zusammen, bespricht die ungewöhnliche Häufigkeit konstitutioneller Anomalie und fordert ihre sorgfältigere Beachtung und Registrierung bei Obduktionen von Selbstmördern zur besseren Lösung der Selbstmordfrage.

Curschmann (34) stellt den therapeutischen Nutzen der Lumbalpunktion sehr hoch und erläutert an Fällen von Meningitis aller Formen, auch der posttraumatischen und tuberkulösen, von Pachymeningitis haemorrh. und epi- und subduralen Blutungen seine Erfolge. Nachteile hat er nicht beobachtet, wo Störungen hinterher auftreten, spielen psychische Einflüsse die Hauptrolle. Nur Blutungen und Tumoren der hinteren Schädelgrube und speziell des Kleinhirns bilden die ernsteste Kontraindikation. Ein Fall wird berichtet, in dem auf Verlangen und wegen der Notwendigkeit schnellen Einschreitens punktiert wurde. Zwar trat rasche Besserung der drohenden Symptome ein, aber die Wiederholung führte zu



„Atmungstod", den C. durch das Ansaugen des in den 4. Ventrikel hineinragenden Tuberkels im Vermis cerebelli erklärt. Indessen ist schon in Rücksicht auf das Bestehen eines Pseudotumors die Punktion nicht unbedingt zu perhorreszieren. Einspritzen steriler Flüssigkeit bis zur Wiederherstellung des Druckes unter ständiger Kontrolle der Symptome könne vielleicht schlimme Folgen, wie im erwähnten Falle, verhindern.

Kausch (90) verwirft die Behandlung des Hydrocephalus mit komplizierten Methoden und lobt die Heilerfolge mit konsequenter Punktion. Bei weit offenem Schädel soll die Ventrikelpunktion von den offenen Stellen aus vorgenommen werden unter Kontrolle des Drucks vorher und nachher, beim ersten Male soll in schweren Fällen bis 100 ccm abgelassen werden, der erhöhte Druck soll um ca. 20 ccm Wasser sinken, aber nicht tiefer als + 5. Verträgt das Kind dies gut, soll der Druck in weiteren Punktionen auf 0 und auf Minus gebracht werden und die Punktionsmenge kann schließlich bis 300 ccm betragen. Bei negativem Druck und wenn die Schädelknochen nach Punktion anstehen, ist zu komprimieren. Lumbal punktiere man bei offenem Schädel nur in leichten Fällen und in schweren nur, wenn durch die Ventrikelpunktion Besserung erzielt ist. Je weiter der Schluß des Schädels fortgeschritten ist, um so vorsichtiger sei man, besonders in der Erzielung negativen Druckes. Bei geschlossenem Schädel muß häufig aber wenig angelassen werden, zunächst sei die konsequente Lumbalpunktion zu versuchen, und wenn sie erfolglos ist, konsequente Ventrikelpunktion. 2 Fälle werden mitgeteilt, beide mit gutem Erfolg der Behandlung, doch starb eins der Kinder an interkurrenter Krankheit und das andere im Anschluß an und durch die letzte Punktion. Ein 3. Fall betraf Meningitis nach Schußverletzung bei einem Erwachsenen, wiederholte Punktionen führten zur Heilung.

In dem von *Sarbo* (140) mitgeteilten Fall wurde eine wahrscheinlich angeborene zirkumskripte Leptomeningitis mit Ödem der Arachnoidealmaschen über der linken Zentralregion operativ entfernt. Bei dem geistig spät entwickelten Studenten bestanden die dem Sitz entsprechenden Herdsymptome, vorübergehend waren sie schon vor 5 Jahren aufgetreten, zuletzt stellte sich tiefe Depression und ein epileptischer Anfall ein. Nach der Operation besserten sich die Herdsymptome wesentlich, die Psyche wurde frei, die Epilepsie blieb indessen unbeeinflußt.

Sanz (139) beschreibt einen Fall von kataleptischer Starre aller Glieder infolge von Abszeß im rechten Kleinhirn nach Otitis. Der Kranke starb nach operativer Öffnung des Abszesses. Die Sektion wurde nicht gestattet.

Der Vortrag von *Jones* (83) über das Verhältnis organischer und funktioneller nervöser Krankheiten enthält manche feine Beobachtung, leidet aber an der zu scharf pointierten Gegenüberstellung von organischen und funktionellen Symptomen und der willkürlichen Einreihung der Krankheitsbilder in diese Gruppen. Er sagt u. a.: „Selbst die beiden Formen der ‚aktuellen Neurosen' (Neurasthenie und Angstneurose) müssen scharf voneinander geschieden werden, denn Ursache und Behandlung sind bei beiden nahezu gegensätzlich, Neurasthenie beruht auf der Kombination mangelhafter afferenter Reizung und übermäßiger efferenter Entladung, während die Angstneurose auf der Kombination übermäßiger afferenter

Reizung und mangelhafter efferenter Entladung beruht". Solcher klingender Antithesen finden sich noch viele.

A. Marie (101) gibt den Sektionsbefund von 3 Fällen langjähriger einseitiger Gehörstäuschungen, in zweien erfolgte der Tod an Hämorrhagien aus Aneurysmen im Niveau des carrefour sensitif der entsprechenden Hirnhälfte, in einem dritten, der seine Stimmen nach unten und links verlegte, fand sich eine alte traumatische Narbe in der linken Schläfengegend und Spuren von Verletzung der Hirnsubstanz.

In 3 von *Jelliffe* (78) berichteten Fällen von Hemiplegia superior alternans (*Gubler-Weber*-Typus) bestand rechtsseitige Okulomotoriuslähmung mit linksseitiger Hemiparese. Alle Fälle zeigten Somnolenz bis zum Coma, zwei starben. Sektion war nicht ausführbar. Verf. erklärt den Befund durch Blutung in den Okulomotoriuskern und hält die Hemiplegie für sekundär und komplikatorisch.

Jones (82) prüft die Behauptung (wer behauptet es?), daß die Seite der Lähmung diagnostisch verwertbar für die Art der Läsion ist, auf ihren Wert. Das Material liefern 5281 Fälle von cerebraler Hämorrhagie, Thrombose, Embolie und hysterischer Hemiplegie, von denen in 3539 Fällen die Natur der Läsion anatomisch nachgewiesen ist; das Ergebnis ist, daß weder Läsion noch Hemiplegie eine Seite mehr bevorzugt als die andere. Zu diesem Schluß scheinen die aufgeführten Tabellen indessen nicht ganz zu berechtigen.

E. Meyer (106) beschreibt totale linksseitige Hemiatrophie, die sich bei einem 37 jährigen, nicht syphilitischen Manne im Verlaufe von etwa 11 Jahren von unten her entwickelt hatte und sich zurzeit in linksseitiger spastischer Hemiparese und Hemiatrophie der Muskulatur und vasomotorischen Störungen dieser Seite (Fehlen des Schwitzens und Frierens) äußerte. Dabei bestanden als Neuritis gedeutete Schmerzen, leichte Hemihypästhesie, segmentäre Anästhesie links am Hals, Nacken und Kopf, sekundäre Skoliose und ein anscheinend vorübergehender Zustand von Verwirrtheit. *M.* nimmt einen jetzt sehr ausgedehnten subkortikalen Prozeß in der rechten Hemisphäre an und stellt den Fall zwischen hemiplegische zerebrale Muskelatrophie und hemiatrophische Trophoneurose.

Trömner (167) berichtet einige Fälle von ungewöhnlich früh nach der Infektion aufgetretener Nervensyphilis: eine Hemiplegie ohne Bewußtseinsverlust bei einem 21 jährigen 4½ Monate nach der Infektion mit rascher Demenz vermutlich auf Grund zerebraler Arteriitis, eine Meningitis vor Ausbruch des sekundären Exanthems und eine Polyneuritis gleichzeitig mit papulösem Syphilid.

Die von *Neu* (116) mitgeteilten 10 Fälle von Hirnsyphilis betrafen spätsyphilitische Erkrankungen 5—15 Jahre nach Infektion: Meningitis, Meningo-Encephalitis, multiple Gummata und Gefäßerkrankungen.

Nach *Ladame*s (94) an Zeichnungen erläuterten Untersuchungen spielt sich die gummöse Mesaortitis in der Weise ab, daß zuerst eine mehr oder minder intensive produktive Entzündung des Gewebes der Media und Adventitia auftritt, dann Bildung von Gummata meist mikroskopisch mit Riesenzellen, schließlich teils wirkliche Granulome, die zu kleinen narbigen Einziehungen der Gefäßwand führen, teils typische Gummata. Athorax ist selten zugleich dort vorhanden. Bei Paralyse

findet sich die Affektion in allen genannten Stadien, doch überwiegt das letzte, in einem Falle von galoppierender Paralyse war auch das zweite Stadium häufig vertreten. *L.* möchte diese Affektion für typisch für Paralyse halten und meint, sie würde mit Unrecht oft für atheromatös gehalten.

Münzer (114) löst die Aufgabe in glänzender Weise, die Summe unserer gesicherten Kenntnisse über die Hypophysis zu ziehen und die noch ungeklärten Punkte in geeigneter Fragerichtung zu fixieren. Nach kritischer Übersicht über die den Bau und die Entwicklung der Hypophysis betreffenden Arbeiten werden die Untersuchungen über die Funktion und die Pathologie der Drüse und ihre Beziehungen zur Akromegalie eingehend besprochen und in bündigen Schlußsätzen zusammengefaßt. Sie gipfeln im wesentlichen darin, daß die Funktion noch nicht genügend festgestellt ist, daß die Hypophysis den Zirkulationsapparat, die Regulierung des Stoffwechsels und die glatte Muskulatur beeinflußt und Hypophysisektomie oft eine der Cachexia strumipriva ähnliche Kachexie hervorruft. Die Akromegalie, über deren Entstehung die Physiologie der Hypophysis keinen Aufschluß gibt, ist wahrscheinlich nicht als Ausdruck und Folge einer primären Hypophysiserkrankung zu betrachten und stellt den Typus einer polyglandulären Erkrankung dar. Die Indikation zur Operation von Hypophysistumoren ist möglichst nur nach der Schwere der Hirnsymptome zu stellen, nicht aus akromegalischen oder dystrophischen Störungen.

In dem Falle von *Hayashi* (64) hatte sich eine aus der Hypophysis ausgehende zystische Geschwulst weit über die Hirnbasis verbreitet und ging mit kolossalem Hydrocephalus internus einher. Sie entsprach histologisch im allgemeinen dem Vorderlappen der Drüse. Das Verhalten der basalen Hirnteile in der Geschwulstmasse wird eingehend beschrieben und die Beziehungen zu den Tumorsymptomen erörtert. Akromegalie oder andere hypophysäre Störungen hatten bei dem 16 jährigen Knaben nicht bestanden.

Gräffner (58) macht auf die Häufigkeit von Bewegungsstörungen im weichen Gaumen bei Hemiplegikern aufmerksam, die meist, aber nicht immer, der gelähmten Seite entsprechen, sowie auf die diagnostische Bedeutung der Hypo- und Areflexie des Gaumens, Rachens und Kehlkopfs für überstandene Apoplexie.

Für die Untersuchungen *Pfeifers* (126) über die Beziehungen von Hirntumor und psychischer Störung dienen 86 Fälle der Hallenser Kliniken (13 im Stirnhirn, 10 in der motorischen Region, 15 im Schläfenlappen, 8 im Scheitellappen, 2 im Hinterhauptslappen, 7 im tiefen Marklager, 3 im Balken, 2 in der Hypophysis, 3 in den Zentralganglien, 3 im Pons, 9 im Kleinhirn und 11 multiple Tumoren). In sämtlichen Fällen handelt es sich um operativ oder durch Sektion sichergestellte Lokalisation. Die einzelnen Fälle werden kurz geschildert und die Ergebnisse in Schlußfolgerungen zusammengestellt. Abgesehen von einzelnen psychischen Symptomen können psychische Störungen allgemeiner Art nicht in bestimmten Hirnregionen lokalisiert werden, auch die Witzelsucht ist kein Lokalsymptom, sondern häufig eine euphorische Färbung der fast in der Hälfte der Fälle beobachteten *Korsakoff*-Psychose. Bei dieser war in der Mehrzahl außer dem Hirntumor kein weiteres ätiologisches Moment zu ermitteln. Ausgesprochene polyneuritische



Symptome waren nur viermal nachweisbar. Prädisponierende Momente für Psychosen lagen in mehr als einem Viertel aller Fälle vor, ohne als Ursache außer dem Tumor ausschlaggebend zu sein. Das nächst häufige Bild nach der *Korsakoff*-Psychose stellen delirante Zustände dar, nur in 5 Fällen traten andere Krankheitsbilder auf, Dämmerzustand, Angstpsychose und Katatonie, auch diese sämtlich ohne Beziehungen zum Sitz des Tumors. Als wesentlichste Ursache der *Korsakoff*- und deliranten Zustände ist der gesteigerte Hirndruck anzusehen, nicht die Wirkung von Toxinen.

Auch *Redlich* (131) vertritt die Anschauung, daß die Psychose bei Hirntumor eine Folgewirkung desselben ist, dafür spreche schon, daß die bei anderen Psychosen wichtigen ätiologischen Momente hier eine geringe Rolle spielen, ferner die Wirkung operativer Behandlung. *R.* bekennt sich zur Drucktheorie, ohne toxische Einflüsse ganz abzulehnen. Die Bedeutung des Sitzes eines Tumors für die Entstehung psychischer Störungen sei nicht von der Hand zu weisen. Analogie mit der Diaschisistheorie könne vermitteln, bereichere aber unsere Erkenntnis nicht.

Unter Coenaesthesia cerebralis versteht *Sollier* (147) eine spezielle Empfindung, die uns über unsere Gehirntätigkeit in Kenntnis hält; bei Störungen des Persönlichkeitsgefühls handelt es sich wahrscheinlich um cönästhetische Störungen, die ihrerseits aus Störungen der Gehirnfunktion entstehen. Zugrunde gelegt ist der Fall eines intelligenten 28 jährigen Lehrers, der vor der Erkrankung mehrere Jahre an hereditärer Migräne litt und im Anschluß an eine fieberhafte Krankheit krisenartige Gastrizismen, Schlaflosigkeit, Nervosität und zuletzt sonderbare zerebrale Empfindungen mit anderen psychischen Symptomen darbot. Die Empfindungen betrafen ausschließlich die rechte Seite (er war Linkser): rechtsseitige pulsierende Ohrgeräusche, die Dinge sahen mit dem rechten Auge anders aus als mit dem linken, er meinte nur mit der linken Hälfte zu schlafen, die rechte blieb aufgeregt und schlaflos, schließlich war ihm nur die eine Seite lebendig und empfindungsfähig, die andere tot und ein Nichts. Er verlangte unter Selbstmorddrohungen nach Operation, der er unter epileptiformen Anfällen erlag. Sektion wurde nicht gestattet. Bei der Operation nur kongestioniertes und herausquellendes Gehirn.

Die Monographie *Gierlichs* (54) behandelt in klarer und knapper Darstellung, von den Funktionen des Kleinhirns ausgehend, die Symptomatologie seiner Erkrankungen, die Nachbarschaftsymptome und die Differentialdiagnose nebst kurzen Anweisungen für die Operation.

Bartel und *Landau* (6) begründen an 8 Fällen von Kleinhirnzysten ihre Ansicht, daß Tumoren in der Ätiologie dieser Bildungen eine sehr bedeutende Rolle spielen, in ihren Fällen vielleicht ausschließliche Ursache gewesen sind, insofern sich die Zyste als das Endresultat regressiver Metamorphose des Tumorgewebes darstellt. Ein Fall von gefäßreichem Spindelzellensarkom bei einem 3 jährigen Knaben zeigte zwar noch soliden Bau, aber beginnende Einschmelzung und kann als Paradigma dafür gelten, daß seit früher Jugend bestehende solide Geschwülste im Laufe der Jahre zu zystischen Bildungen führen, in älteren Fällen verraten noch veränderte Tumorreste und Leistenbildungen den Ursprung. Bemerkenswert an den Fällen war noch die Häufigkeit von Konstitutionsanomalien.



Mingazzini (107) verfolgt mit der Veröffentlichung von 19 Fällen von Hirntumor (bzw. Abszeß in einem Falle) den Zweck, zu zeigen, wie reich an Schwierigkeit die genaue Lokalisation ist. Die ausführlichen Krankengeschichten betreffen 2 Tumoren des präfrontalen Lappens, 2 des oberen Scheitellappens, 8 des Schläfenlappens, 2 des Kleinhirns, 2 der Fovea cereb. media, 2 der Regio periaptopeduncularis, 1 des Vorderhorns des Seitenventrikels. In der Epikrise jedes Falles wird die lokalisatorische Bedeutung der Symptome eingehend besprochen und in diesem Sinne das Schlußergebnis der 8 Fälle von Schläfenlappentumor zusammengefaßt.

Der Fall von *Ul ich* (170) ist von hohem Interesse durch seine Symptome und ihre Beeinflussung durch operative Druckherabsetzung. Beginn im 14. Jahre mit anfallsweisen elementaren Gehörshalluzinationen, die nicht einseitig waren und periodisch, vielleicht menstrual wiederkehrten. Im 16. Jahre schlossen sich Krampfanfälle von *Jackson*typus an sie an: Kopf und Augen nach links ohne Bewußtseinsverlust. Auch als sich die Anfälle im 17. Jahre verallgemeinerten und dann mit Bewußtlosigkeit einhergingen, blieben sie eingeleitet von Gehörstäuschungen, mit denen sich stets ein heftiges Angstgefühl verband. Schwere Kopfschmerzen, Neuritis opt. und andere Allgemeinsymptome indizierten Operation, die auf die linke Kleinhirnhälfte als gemutmaßten Sitz des Tumors gerichtet war. Dabei trat starker Vorfall des Kleinhirns und Zertrümmerung auf, es bildete sich, nachdem kontinuierlicher Liquorabfluß nicht mehr durchführbar war, eine Art von Reservoir, das lange Zeit täglich mehrmals entleert werden mußte, später gelang es durch Kanüle Abfluß zu erzielen, doch traten periodisch, und zwar merkwürdigerweise vor der Menstruation, Stauungen mit den Symptomen des akuten Hydrocephalus auf. Es stellten sich Fieberanfälle ein, denen die Kranke 1½ Jahr nach der Operation erlag. Es fand sich ein 3 : 3 : 2 cm großes Gliasarkom im hinteren Teil der ersten Temporalwindung, vom linken Kleinhirn waren verloren gegangen: lob. semilunaris infer., lob. biventer, lob. semilunaris super., die Marksubstanz und das corp. dentat. zum größten Teil. Als Symptome dieses Verlustes hatten einige Monate Schwindelempfindungen, Zwangshaltung des Kopfes nach vorn und Ataxie des linken Armes bestanden, die sich später völlig verloren. Die Operation hatte wenigstens den günstigen Erfolg gehabt, daß die Stauungspapille verschwand und der Rest der Sehkraft erhalten blieb, die Kopfschmerzen aufhörten und sich die Stimmung besserte, die übrigens auffällig mit dem Füllungszustand des Reservoirs schwankte.

Hoppe (75) erörtert Indikation und Wert der operativen Druckherabsetzung bei Hirntumoren, soweit Stauungspapille und Entladungsgefahr in Betracht kommt. Dringlich sei sie in allen Fällen von Kleinhirntumor, wo zur Richtschnur dienen könne, daß subtentorische Geschwülste in der Regel besonders bedrohliche Stauungspapille erzeugen und durch ihre Höhe von 5½ D. und mehr ausgezeichnet sind, während ihre Höhe bei Hemisphärentumoren durchschnittlich nur 3½ D. beträgt. Unerläßlich sei die genaue Überwachung des Gesichtsfeldes für Weiß und Farben, für die Bestimmung des Zeitpunktes der Operation. Betreffs des Ortes der Operation schließt sich *H.* im allgemeinen der Ansicht der Mehrzahl der Autoren an, da zu operieren, wo der Sitz des Tumors vermutet wird, die Gefahr



der suboccipitalen Operation sei nicht größer als der subtemporalen und sie schaffe mehr Erleichterung, entscheidend für die Wahl sei der Allgemeinzustand und Bestehen oder Fehlen von Hydrocephalus internus. *H.* berichtet in seinem Vortrage einen Fall von Kleinhirnbrückenwinkeltumor, in welchem die subtemporale Eröffnung zu tödlicher Kompression von Pons und Medulla führte, zwei Fälle von Kleinhirntumor mit günstigen Folgen suboccipitaler Operation und einen Fall von Tumor, der die corp. quadrigemina einbegriff und die Nutzlosigkeit etwaiger suboccipitaler Operation erkennen ließ.

Frotscher und *Becker* (49) beschrieben einen Fall von walnußgroßem Endothelioma psammosum bei einem 70jährigen Imbezillen, das auf der basalen Dura saß, etwa die ganze Ala minor des Keilbeins einnehmend, mit dem Knochen in Zusammenhang.

Im Fall von *Pachantoni* (123) hatte ein großes Sarkom, aus den bindegewebigen Teilen der Pia oberhalb der linken Stirnwindung hervorgehend und nach der Zentralwindung und der Basis sich ausdehnend, die Gehirnsubstanz verdrängt und zusammengepreßt, ohne sie zu erweichen. Die Beziehungen der teils auf Druckatrophie, teils auf sekundärer Degeneration beruhenden anatomischen Veränderungen zu den Symptomen intra vitam werden eingehend erörtert. Weil alle Zeichen von Hirndruck, auch Kopfschmerzen und Stauungspapille, fehlten, Benommenheit erst wenige Wochen vor dem Tode eintrat, wurde die Diagnose auf einen progressiven encephalomotorischen Abszeß gestellt, auf den hemiplegische und aphasische Störungen deuteten. Erstere fanden durch die Läsion der vorderen Zentralwindung ihre Erklärung, die nicht sehr deutlichen Empfindungsstörungen und spontane Schmerzen am gelähmten Arm durch den Druck auf die hintere Zentralwindung. Witzelsucht hatte nicht bestanden, die ersten Erscheinungen des Leidens waren Vergeßlichkeit und Charakterveränderung mit Beeinträchtigungsideen. Die Sprachstörung entwickelte sich aus einer inkompleten motorischen Aphasie zu einer Form, die *P.* als inkomplete totale Aphasie bezeichnet. Agraphie trat erst nach der Aphasie auf und bestand jedenfalls noch nicht, als das hypothetische motorische Schreibzentrum in der 2, linken Stirnwindung schon völlig zerstört war.

Wie schnell und unrettbar die Sehfähigkeit durch Stauungspapille zerstört werden kann, zeigt ein Fall von Hirngumma, der von *Neumann* und *Lewandowski* (117) berichtet wird. Trotzdem die Amaurose nur wenige Stunden bestanden und die operative Ausschälung der Geschwulst mit gutem Erfolge gelungen war, stellte sich das Sehvermögen nur minimal wieder her. Der Tumor hatte sich auf dem Boden hereditärer Lues entwickelt. Nach der Operation blieben die Sensibilitätsstörungen, die zusammen mit den übrigen Symptomen die Lokalisation auf die hintere Zentralwindung geleitet hatten, im wesentlichen ungebessert, während die motorischen zurückgingen, ein Beweis für den getrennten Verlauf der sensiblen und motorischen Fasern. Im zweiten der mitgeteilten Fälle handelt es sich um operative Heilung eines metastatischen Abszesses in der Gegend der motorischen Region.

Von den durch *Higier* (72) mitgeteilten Fällen von rezidivierendem Pseudotumor betraf der erste einen 19jährigen Mann, der im 6. Jahre fast ein Jahr lang

die Symptome eines Hirntumors dargeboten hatte, und nach 13 jährigem Intervall des Wohlbefindens einen gleichen Zustand von 9 monatiger Dauer durchmachte (Kopfschmerz von paroxysmalem Charakter mit Erbrechen, Schwindel und transitorischer Erblindung, *Jackson*sche Epilepsie der rechten Körperhälfte, Abduzenslähmung, Sprachstörung, Stauungspapille). Die Diagnose blieb wie im zweiten Falle unklar. Hier hatte sich bei der 28 jährigen Frau im Laufe von einigen Monaten das schwerste Bild eines Hirntumors entwickelt: Kopf- und Nackenschmerzen, Apathie, Ohnmachten mit halb- und doppelseitigen Zuckungen. Nystagmus, träge Pupillenreaktion und beiderseitige Neuritis opt. Nach etwa 20 monatiger Dauer trat Besserung ein, anscheinend nach spezifischer Behandlung, aber die Kranke hatte vor 12 Jahren und vor 5 Jahren ähnliche Krankheit von 5 bzw. 3½ monatiger Dauer, ohne damals spezifisch behandelt zu sein. Der erste Anfall verlief mit Stauungspapille und hinterließ Sehschwäche.

Die Lehren aus diesen Fällen verwendet *Higier* (71) in einem Vortrag über die Hirntumor simulierenden Krankheitszustände, in welchem er, von der Symptomatik der Tumoren ausgehend, die wichtigsten hier in Betracht kommenden Krankheiten und die differentialdiagnostischen Merkmale durchspricht. Der Vortrag erfüllt vortrefflich seinen Zweck, dem praktischen Arzt zur richtigen Diagnose zu verhelfen.

Volland (172) liefert einen interessanten Beitrag zur Pathogenese der Megalencephalie. Der 21 Jahre alt gewordene Kranke war wegen des großen Kopfes schwer geboren, mußte mehrmals wegen Angioms an der linken Hand operiert werden, wurde neuropathisch und schwachsinnig und hatte seit dem 14. Jahre seltene epileptische Anfälle, und unabhängig von ihnen kurze Zustände von Kopfschmerz und soporösen Erscheinungen. Die Schädelkapazität betrug 1830 ccm, das Gewicht des nicht hydrocephalischen, allgemein vergrößerten Gehirns 1874 g, es fand sich persistierende Thymus, abnorm gestaltete Schilddrüse, über die ganze Hirnrinde ausgebreitete *Chaslin*sche Gliose, Schmalheit der Pyramidenzellenschicht und stellenweise sehr viel Zellen von Körnertypus, ein Befund, der auf der gemeinsamen Basis der Entwicklungsstörung beruht. Mit der Abplattung der Windungen und der chronischen Leptomeningitis sind die psychischen Anomalien und die Epilepsie in Verbindung zu bringen.

Henschen (65) liefert in seinem Buche einen sehr wertvollen Beitrag zur Kenntnis der Kleinhirnbrückenwinkeltumoren. Um die wirklichen Winkeltumoren „mit klarerem Relief gegen den Hintergrund der übrigen“ hervortreten zu lassen, beschränkt Verfasser sein Material nicht auf diese allein, sondern bezieht auch andere basale Geschwülste hinein. Das eigene Beobachtungsmaterial umfaßt 28 Fälle von Acusticustumoren (13 Fälle), Geschwülste des Kleinhirnbrückenwinkels mit Ursprung von der Felsenbeinpyramide (3), nicht begrenzte basale Geschwülste verschiedenen Ursprungs (3), begrenzte basale Geschwülste (4), basale Cholesteatome (2) und von Hirnteilen ausgehende Geschwülste des Kleinhirnbrückenwinkels (3). Die einzelnen Fälle werden klinisch und anatomisch eingehend geschildert und epikritisch besprochen. Im zweiten Abschnitt erörtert *H.*, was unter dem schwankenden Begriff: Kleinhirnbrückenwinkel zu verstehen ist, und



stellt die topographische Begrenzung und die Formen und Herkunft der hier vorkommenden Geschwülste fest. Der dritte Abschnitt behandelt die eigentlichen Acusticustumoren, deren klinische und anatomische Daten aus einer tabellarischen Übersicht über die bisher bekannten Fälle (136 von einseitigem, 5 von symmetrischem Tumor, 16 von multiplen Tumoren) abgeleitet werden. Hebt schon das Auftreten der Acusticustumoren in durchschnittlich früherem Lebensalter und die gleichmäßige Verteilung auf beide Geschlechter diese Tumoren von den übrigen intrakraniellen Geschwülsten ab, so weist noch mehr der anatomische Befund auf ihre Besonderheit hin, denn die Geschwulst läßt einen als Zapfen in den Meatus acusticus int. ragenden Ausläufer erkennen, der hier mit den Bildungen des inneren Gehörgangs in organischem Zusammenhange steht, nämlich rings um die Area vestibularis inf., wo die Geschwulstmasse ohne Spur einer Grenze in das Bindegewebe in und um den Austritt des N. saccularis und ampullaris post. aus dem Knochen übergeht. Daß dieser Ausläufer öfter bei Acusticustumoren nicht beschrieben ist, läßt sich dadurch erklären, daß er zumal bei großen Tumoren leicht abreißt und übersehen wird, andererseits sind es gerade die kleinen und jungen Tumoren, wo er in der Beschreibung zu seinem Rechte kommt. Anscheinend handelt es sich fast ausschließlich um fibroide Geschwülste. Die Erklärung dafür, daß sie ihren Ursprung am peripheren Ende des Acusticus haben, und für diese eigentümliche Prädisposition des Nerven ist aus der embryologischen Tatsache zu entnehmen, daß zwischen den Ästen des Acusticus im Grunde des Meatus end. int. noch Bindegewebe von embryonalem Charakter vorhanden ist, wenn die Austrittsstellen der übrigen Hirnnerven bereits ein definitives Aussehen gewonnen haben. Diese Genese der Acusticustumoren liefert wichtige Fingerzeige für die Frühdiagnose und die Therapie, die ja nur chirurgisch sein kann. Die Resultate in 42 operativ behandelten Fällen bilden den Schluß.

Josefson (84) neigt dazu, den Anschauungen *Henschens* beizutreten. In dem ersten seiner Fälle deckte die genaue Anamnese auf, daß einseitige Hör- und Vestibularstörungen den Symptomenkomplex eingeleitet hatten, später traten Gesichtshalluzinationen, Sehschwäche, allgemeine Tumorsymptome, cerebellare Ataxie, Kornealhyporeflexie und Kältegefühl in der Lungenspitze rechts hinzu. Die 43jährige Kranke überstand die Exstirpation des Tumors, der sich als Fibrosarkom erwies, gut. Der zweite Fall betraf einen 46jährigen Mann, dessen Ohrsymptome vor zwei Jahren begonnen hatten, erst ein Jahr später kamen Kopfschmerzen, Doppeltsehen, Cerebellarschwindel und Nystagmus hinzu, er starb an Meningitis nach Exstirpation des pflaumengroßen Fibroms.

Auch in dem Falle von *Oppenheim* (121) überstand der 48jährige Kranke die Operation des mehr als hühnereigroßen Fibroms nicht. Der Fall ist nach verschiedenen Richtungen hin von größtem Interesse, zunächst darin, daß ohne Syphilis die *Wassermann*reaktion positiv war und die bereits recht schweren Tumorsymptome nach Quecksilberkur vorübergehend fast völlig schwanden, eine Erscheinung, die *O.* auf die Resorption des Hydrocephalus zurückführt. Ferner in den ausgesprochenen Symptomen der contralateralen Pyramiden- und Schleifenbahn, bedingt durch Anpressen gegen die Schläfenbasis oder durch einfache Überdehnung. Dem ent-



sprach im Präparat die Atrophie der contralateralen Oblongatahälfte. Die Operation war rechtzeitig vorgeschlagen, aber abgelehnt worden.

Marburg (99) warnt vor der Operation, sobald schon Vagus-Symptome bestehen. Auch in seinem Falle (43 jähriger Mann, Beginn mit linksseitigen Acusticusstörungen vor 3 Jahren) war *Wassermann* positiv und Quecksilberkur wirkte für einige Wochen prompt. Pat. starb 3 Tage nach der Entfernung des taubeneigroßen Fibroms im Kleinhirnbrückenwinkel.

Brissot (27) wendet sich in seiner Arbeit, die durch eingefügte zahlreiche eigene und fremde Fälle den Umfang eines Buches erreicht, gegen die Behauptung *P. Maries*, daß Aphasie und die ihr zugrunde liegende Intelligenzstörung mit Demenz nichts zu tun hat. Er nimmt als erwiesen an, daß Wort und Vorstellung von einander unabhängig sind, und stellt als Ergebnis seiner Untersuchungen *P. Marie* entgegen, daß gewisse Kranke allerdings psychisch geschwächt sind, andere aber vollkommen ungetrübte Intelligenz besitzen und daß es andererseits tatsächlich aphasisch Demente gibt; der Träger einer zirkumskripten Läsion der Sprechzentren habe lediglich ein verstümmeltes Gehirn, ohne an sich geistig geschwächt zu sein, dafür seien vielmehr diffuse Veränderungen Bedingung. In diesem Sinne sind die paraphasischen Störungen bei Sprachverwirrten und die Aphasieformen bei Dementia senilis und paralytica und bei einer Reihe von Psychosen und organischen Störungen zu erklären und medicolegale Fragen zu beantworten. Ein Literaturverzeichnis ist beigefügt, das nichtfranzösische Arbeiten nur in sehr geringem Maße berücksichtigt.

Goldstein (56) entwickelt nach einem ausgezeichneten historischen Überblick über die Lehren vom Aufbau des Sprachapparates eigene Anschauungen, die auf die Betrachtungsweise *Kleists* und *Sto chs* fußend, alle aphasischen Störungen, abgesehen von den subkortikalen, die auf Unterbrechung assoziativer Komplexe beruhen, als das Produkt der verschiedenartigen Läsion eines einzigen großen Assoziationsgebietes und die Störungen des Schreibens und Lesens als Teilerscheinungen allgemeiner Störungen des Erkennens und Handelns ansieht. Die Frage, welches Zentrum, welche Bahn in einzelnen Fällen erkrankt sei, habe mit dieser psychologischen Auffassung an Bedeutung verloren. Die Wahrnehmung eines Objektes sei nicht einfach die Summe der sie zusammensetzenden Einzelwahrnehmungen, sondern die intellektuell verarbeitete Verbindung derselben zu einer Einheit und das gleiche gelte für die Vorstellungen. Das bei allen Menschen Gemeinsame und Wesentliche der Sprachvorstellungen sei etwas spezifisch vom Akustisch-Motorischen Verschiedenes, dessen Eigenart uns eben so deutlich bewußt sei, wie es unmöglich sei, es weiter zu definieren, und sei nicht rätselhafter als die Tatsache der einfachen Empfindung.

d) Psychosen bei diffusen Gehirnkrankheiten.

Bloch (19) beschreibt einen paranoischen Symptomenkomplex bei einem schwerbelasteten 26 jährigen Mann, anscheinend gleichzeitig mit multipler Sklerose entstanden und, wie Verf. anzunehmen neigt, ihr eigentümlich.



Stranskys (158) Fall von Muskeldystrophie und Psychose ist neurologisch dadurch interessant, daß er durch bulbäre Symptome kompliziert war und kardiale Störungen einer Psychose von depressiv-ängstlichem Charakter zugrunde lagen. Verf. erörtert weiterhin die Frage, ob die Psychose, die übrigens ohne Besserung im übrigen zur Heilung kam, und die Myopathie als einheitliche Defektanlagen zu deuten sei.

Die gründliche, mit guten Photographien ausgestattete Dissertation von *Choronshitzky* (30) verlegt den primären Sitz der multiplen Sklerose in die Veränderungen der Gefäßwandungen. Beweis sei die eigenartige Konstitution der sklerotischen Plaques um die Gefäße herum, die deutliche Gefäßbeteiligung an Stellen frischer Herde mit starker perivaskulärer Entzündung, Ansammlung von Fettkörnchenzellen und relativ schwacher Beteiligung des Neurogliagewebes und die krankhaften Veränderungen der Rückenmarkshäute besonders über den Herden. Prädilektionsstellen für die Sklerosierung gibt es nicht, scharfe Grenzen zwischen Myelitis und Sklerose lassen sich nicht ziehen, ätiologisch sind Traumen und Infektionskrankheiten von größter Bedeutung, Sensibilitätsstörungen sind ein wichtiges Zeichen und Fehlen des Bauchdeckenreflexes wie der Handreflexe überhaupt ein differentialdiagnostisches Merkmal.

Rolleston (134) führt an einem Material von 1600 Fällen aus, daß möglichst frühe Serumbehandlung bei Diphtherie auch die diphtherische Lähmung verhütet oder mildert. In 27 Fällen handelte es sich um Rückfälle (innerhalb des Krankenhausaufenthaltes), die sämtlich ohne Lähmung verliefen, in 36 Fällen um Wiedererkrankungen nach Intervall von 3 Monaten bis 14 Jahren, 3 davon mit Lähmung.

Coupland (33) stellt in Tabellen und Kurven die Ursachen der 1907 in englischen Anstalten aufgenommenen Ersterkrankungen (ca. 12 000) zusammen, besonders in der Richtung des Zusammenwirkens mehrerer Ursachen. Wenn er sich auch die Fehler und die Unzuverlässigkeit solcher Massenstatistik nicht verhehlt, verspricht er sich doch viel von gründlichen Untersuchungen in den nächsten Jahren.

Kafka (86) bringt weitere Bestätigung dafür, daß cerebrale Sensibilitätsstörungen auch spinal-segmentäre Ausbreitung zeigen können. Im ersten Falle, in welchem Gefäßerkrankung, meningitische, vielleicht toxische Prozesse auf luetischer Basis in Frage kommen, bestanden neben anderen Reiz- und Ausfallserscheinungen Sensibilitätsstörungen von typisch spinal-segmentalem Charakter, bezüglich deren Beschreibung und Bewertung auf das Original zu verweisen ist. Der zweite Fall betrifft den weiteren Verlauf eines von *O. Fischer* beschriebenen Krankheitsbildes, dessen im Ulnargebiet der linken Hand lokalisierte Sensibilitätsstörungen als cerebral ausgelöst anzusehen sind.

Zum Kapitel der traumatischen Rückenmarksaffektionen berichtet *Kafka* (87) drei Fälle von Rückenmarkskompression in ähnlicher Segmenthöhe und einen Fall von Quetschung der conda cynina, sämtlich mit Sektionsbefund. *K.* zieht aus den Befunden folgende Schlüsse: die absteigenden Hinterstrangfasern stellen ein einheitliches zusammenhängendes System dar. Das *Schultze*sche Komma scheint hauptsächlich aus Fasern einer Art, wahrscheinlich exogenen, zu bestehen. Es finden sich nach Querschnittsunterbrechung im Halsmark aufsteigend degene-

rierende vordere Kommissurfasern. Der der vorderen Fissur und ventralen Peripherie anliegende degenerierte Streifen scheint eine lange Bahn darzustellen und größtenteils ungekreuzte Py.-Fasern zu enthalten. Das ventrale Hinterstrangfeld dürfte, wenigstens im Lumbalmark, aus aufsteigenden exogenen Fasern zusammengesetzt sein.

Sala und *Cortese* (138) beschreiben die nach Ausreißung der Ischiadicuswurzeln an Kaninchen, Katzen und Hunden beobachteten degenerativen und regenerativen Erscheinungen in der grauen Substanz und im intramedullären Abschnitt der Vorderwurzeln.

Als interessanten Befund in einem Falle von Zertrümmerung des Rückenmarkes durch Fraktur der unteren Brust- und oberen Lendenwirbel hebt *Sala* (137) hervor, daß sich in den Intervertebralganglien dieser Region keinerlei celluläre Elemente mehr fanden, aber zahlreich und gut erhalten die pericellulären Endbäumchen.

Pförringer (127) berichtet einen Fall von luetischer Pachymeningitis cervicalis hypertrophica und erörtert die Beziehungen der Strangdegenerationen dieses Falles zu der Pachymeningitis. Die Umschnürung durch die verdickte Haut war nicht stark genug, um die Erklärung durch Druck zuzulassen, doch kommt die Stauung in der Schädelhöhle durch Absperrung zwischen Cervicalkanal und Schädelhöhle in Betracht. Die ausgedehnte Erkrankung der Gefäße und die starke Ausbildung der Septa im Bereich des gesamten Rückenmarkes sowie die Befunde am Gehirn lassen eine einheitliche, fortschreitende Erkrankung auf luetischer Grundlage annehmen.

---

5. Anstaltswesen und Statistik.

Ref.: Hans Schroeder-Lüneburg.

I. Allgemeines.

1. *Alt*, *K.*, Prof., Direktor der Landes-Heil- und Pflege-Anstalt Uchtspringe, Allgemeines Bauprogramm für die im Süden der Provinz Sachsen, im Rgbz. Erfurt zu errichtende neue Landesheilanstalt und Gutachten über die Auswahl des Geländes. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. I, H. 2, S. 258.
2. *Aschaffenburg*, *G.* (Köln), Die Irrenfürsorge in Württemberg. Mtschr. f. Kriminalpsychol. u. Strafrechtsref. 7. Jahrg., H. 3, S. 172. (S. 285*.)
3. Badisches Gesetz, die Irrenfürsorge betreffend. Psych.-neurol. Wschr. 12. Jahrg., Nr. 25, S. 231.



4. *Becker, W. H.*, Zur Frage der Isolierzelle im Irrenhause. Moderne Medizin 1910 Nr. 5, S 205. (S. 286*.)
5. *Behr, A.* (Stackeln-Livland), Über die Pflege bei männlichen Geisteskranken. Psych.-neurolog. Wschr. 11. Jahrg., Nr. 41, S. 357. (S. 287*.)
6. *Borischpolsky, E.*, Über Organisation der psychiatrischen Hilfe auf dem Schauplatz der zukünftigen Kriegsoperationen. Neurol. Bote (russ.) 1910 Bd. 17, H. 1. (S. 290*.)
7. *Boulenger*, L'alkool dans les asiles d'aliénés. Bull. de la société de médecine mentale de Belgique Nr. 148. (S. 288*.)
8. *Bresler, J.*, Ein Wort über die Anstaltsbibliothek. Psych.-neurol. Wschr. 11. Jahrg., S. 451.
9. *Bresler, J.*, Deutsche Heil- u. Pflege-Anstalten für psychisch Kranke in Wort und Bild. 666 S. Halle a. S. 1910, Carl Marhold, 28 M. (S. 284*.)
10. *Bresler, J.*, Ausgewählte Kapitel der Verwaltung öffentlicher Irrenanstalten. 141 S. Halle a. S., C. Marhold, 2,80 M. (S. 284*.)
11. *Cornu, E.*, Cours et examens d'infirmiers. Ann. médico-psychologiques 1910. 68. pag. 237.
12. *Cramer, A.*, Geh. Med.-Rat, Prof., Die preußischen Universitätskliniken für psychische u. Nervenkrankheiten. 42 S. Jena 1910, Gustav Fischer. (S. 284*.)
13. Deutscher Verein für Psychiatrie. Verhandlungen der Kommission für Wahrung der Standesinteressen. Psych.-neurol. Wschr. 11. Jahrg., Nr. 46. (S. 284*.)
14. *van Deventer*, Weibliches Pflegepersonal bei männlichen Geisteskranken. Psych.-neurol. Wschr. 11. Jahrg., S. 449.
15. *Dost, M.* (Hubertusburg), Anleitung zur Untersuchung Geisteskranker u. Ausfüllung der ärztlichen Aufnahmefragebogen deutscher, österreichischer u. schweizerischer staatlicher Irrenanstalten. 105 S. Leipzig 1910, F. C. W. Vogel, 3 M. (S. 285*.)
16. *Eccard, W.*, Zur Bekämpfung und Prophylaxe des endemischen Typhus, besonders in Internaten. Münch. med. Wschr. 1910 Nr. 3, S. 129. (S. 288*.)
17. *Fischer, M.*, Zum Bau der Irrenanstalten. Psych.-neurol. Wschr. 12. Jahrg., Nr. 28, S. 269. (S. 286*.)



18. *Fischer*, *M.*, Pflegeversicherung bei Geisteskranken. Soziale Medizin u. Hygiene 1910 Bd. 5. (S. 287*.)

19. *Greenlees*, *T. D.*, „Lunacy administration in Cape Colony". The journal of mental science Nr. 233, pag. 261. (S. 336*.)

20. *Hockauf*, *A.*, Ägyptische Irrenanstalten. Psych.-neurol. Wschr. 12. Jahrg., Nr. 6, S. 57. (S. 291*.)

21. *Hügel*, Der Typhus und seine Bekämpfung in der Heil- und Pflege-Anstalt Klingenmünster (Pfalz). Psych.-neurol. Wschr. 12. Jahrg., Nr. 37, S. 347. (S. 288*.)

22. *Ilberg*, Der wissenschaftliche Betrieb in den Irrenanstalten. Psych.-neurol. Wschr. 11. Jahrg., S. 370.

23. *Kundt* und *Rüdin*, Über die zweckmäßigste Unterbringung der irren Verbrecher und verbrecherischen Irren in Bayern. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 2, H. 2. (S. 289*.)

24. *Lilienstein*, *S.*, Neurologisches und Psychiatrisches von einer Reise um die Erde. Münch. med. Wschr. 1910, Nr. 37, S. 1951. (S. 291*.)

25. *Lilienstein*, *S.*, Über Irrenanstalten im Orient und in Australien. Mtschr. f. Psych. u. Neurol. 1910, Bd. 28, H. 2, S. 169. (S. 291*.)

26. *Linke*, Über Aufnahmestationen für psychisch Kranke. Psych.-neurolog. Wschr. 11. Jahrg., Nr. 51, S. 447. (S. 286*.)

27. *Lomer*, Neues vom Klerikalismus im belgischen Irrenwesen. Psych.-neurol. Wschr. 12. Jahrg., Nr. 17, S. 161. (S. 290*.)

28. *Marie*, *A.*, Lettre ouverte à monsieur le président de la société de médecine mentale belge. Psych.-neurol. Wschr. 12. Jahrg., Nr. 17, S. 168. (S. 290*.)

29. *Marie*, *A.*, L'assistance des aliénés en Belgique. Bull. de la soc. de méd. ment. en Belg. avril 1910, Nr. 150.

30. *Morel*, Progress of Psychiatry in 1909 (Belgien). The journ. of ment. science April 1910. (S. 290*.)

31. *Neißer*, *E.*, Die Durchführung moderner Diätkuren im Rahmen großer Krankenhäuser. Reisebericht. Bd. 30, H. 1 der Breslauer Statistik. (S. 286*.)

32. *Nitsche*, *P.*, Die Unterbringung der Geisteskranken mit verbrecherischen Neigungen. Psych.-neurol. Wschr. 9. April 1910, Nr. 2. (S. 289*.)



33. *Regis, E.*, Organisation de service de psychiatrie dans la marine. Le caducé 10e ann. Nr. 3, p. 33.
34. *Rieger, C.*, Prof. Dr., Direktor der Klinik, Dritter Bericht aus der psychiatrischen Klinik der Universität Würzburg. 107 S. Würzburg 1910, Curt Kabitzsch. 3,50 M. (S. 289*.)
35. *Rodiet, A.*, Les auxiliaires du médecin d'asile. 215 S. Paris 1910. Giard et Brière. 3,50 Frcs. (S. 287*.)
36. *Rodiet, A.*, L'organisation actuelle des colonies familiales d'aliénés en France. Journ. de neurol. Bruxelles 1910, Nr. 18—19. (S. 287*.)
37. *Russell, W. L.*, The medical service of state hospitals of the insane. Americ. journ. of insan. 1910, vol. 66, Nr. 3, p. 365. (S. 335*.)
38. *Russell, W. L.*, The care and commitment of insane persones by health officers. Medical record 22. Jan. 1910. (S. 285*.)
39. *Schermers, D.*, Die niederländische Irrenanstaltspflege in den Jahren 1875—1900. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 3, H. 3, S. 284. (S. 285*.)
40. *Scholz, L.*, Leitfaden für Irrenpfleger. 7. Auflage. 103 S. Halle a. S. 1910. Carl Marhold. 1,50 M. (S. 287*.)
41. *Sioli, Fr.*, Die Aufnahme in Irrenanstalten. Reichs-Med.-Anz. 35. Jahrg., Nr. 4, 18. Februar 1910. (S. 285*.)
42. *Sobolewsky, A. W.*, Erkrankungen des Nervensystems in der russischen Armee während der Jahre 1891—1900. Neurol. Bote (russ.) 1910, H. 4. (S. 290*.)
43. *Soukhanoff, S.*, Le patronage familial pour les aliénés de St. Petersbourg. Revue de psych. t. 14, Nr. 10, p. 418.
44. *Stekhoven, J. H. S.*, Voorloopig algemeen overzicht der beweging in de nederlandsche krankzinnigestichten over het jaar 1909. Psych. en neurol. bladen 1910, Nr. 5. (S. 333*.)
45. *Steward, S. J.*, The causes and treatment of asylum dysentery. Journ. of ment. science April 1910. (S. 228*.)
46. Stiefkinder der Sozialpolitik. Bilder aus dem Berufsleben der Krankenpflegerinnen. München 1910. Ernst Reinhardt.
47. *Urquhart, A., R.* Le régime des aliénés en Écosse. Annales medico-psychol. 1910, No. 2, p. 251. (S. 291*.)
48. *Weber, L. W.*, Zur Irrenfürsorge in Württemberg. Mtschr. f. Kri-

minalpsychol. u. Strafrechtsref. 1910, 7. Jahrg., H. 3. 169. (S. 285*.)

49. *Weber*, *L. W.*, Das hannoversche Provinzial-Verwahrungshaus in Göttingen. Mtschr. f. Kriminalpsych. u. Strafrechtsref. 1910. 7. Jahrg., H. 3, 159. (S. 289*.)

50. *Weichelt*, *M.*, Zum 75 jährigen Bestehen der Irrenpflegeanstalt St. Thomas zu Andernach am Rhein. Psych.-neurol. Wschr. 11. Jahrg, Nr. 43, S. 375. (S. 290*.)

51. *Weinberg*, *W.*, Statistik und Vererbung in der Psychiatrie. Klinik f. psych. u. nerv. Krkhtn., herausgegeben von R. Sommer. Bd. 5, H. 1, S. 34. (S. 286*.)

52. *Wendenburg*, *K.*, Die Verwahrung geisteskranker Verbrecher. Norddeutsche Allg. Ztg. 30. März 1910, Nr. 73. (S. 289*.)

53. *Zenker*, *E.*, Über verschiedene Arten von Wachabteilungen und über den Wachdienst daselbst. Psych.-neurol. Wschr. 12. Jahrg. Nr. 8, S. 75. (S. 286*.)

54. *Zweig*, *A.*, Beiträge zur Klinik und Prophylaxe des Unterleibstyphus. Deutsche med. Wschr. 1910, Nr. 39, S. 1803. (S. 288*.)

II. Anstaltsberichte.

55. Ahrweiler, Privat-Heil- und Pflege-Anstalt. Besitzer und Direktor San.-Rat Dr. *von Ehrenwall*. (S. 311*.)

56. Allenberg (Ostpr.), Provinzial-Heil- und Pflege-Anstalt. Bericht pro 1909. Dir.: San.-Rat Dr. *Dubbers*. (S. 291*.)

57. Alsterdorfer Anstalten bei Hamburg. Bericht pro 1909. Oberarzt Dr. *Kellner*. (S. 323*.)

58. Ansbach, Kreisirrenanstalt für Mittelfranken. Bericht pro 1908. Dir.: Dr. *Herfeldt*. (S. 312*.)

59. Bayreuth, oberfränkische Heil- und Pflege-Anstalt. Bericht pro 1909. Dir.: Dr. *Hock*. (S. 312*.)

60. Brandenburgischer Provinzialausschuß, Auszug aus dem Verwaltungsbericht vom 3. Februar 1910. (S. 293*.)

61. Brandenburgischer Hilfsverein für Geisteskranke. 36. Jahresbericht pro 1909. Eberswalde 1910. C. Kemnitz. (S. 336*.)

62. Breslau, Städtische Heilanstalt für Nerven- und Gemütskranke. Bericht pro 1909. Dir.: San.-Rat Dr. *Hahn*. (S. 299*.)



63. Brieg, Provinzial-Heil- und Pflege-Anstalt. Bericht pro 1909. Dir.: San.-Rat Dr. *Petersen*. (S. 299*.)
64. Brünn, Mährische Landesirrenanstalt. Bericht pro 1909. Dir.: Dr. *A. Hellwig*. (S. 328*.)
65. Buch, Irrenanstalt der Stadt Berlin. Bericht pro 1909. Dir.: San.-Rat Dr. *Richter*. (S. 295*.)
66. Bunzlau, Provinzial-Heil- und Pflege-Anstalt. Bericht pro 1909. Dir.: San.-Rat Dr. *Neißer*. (S. 299*.)
67. Burghölzli, Zürcherische kantonale Irrenheilanstalt. Bericht pro 1909. Dir.: Prof. Dr. *Bleuler*. (S. 328*.)
68. Cery, Rapport annuel de l'asile de Cery pro 1909. (S. 333*.)
69. Conradstein, Westpreußische Provinzial-Irrenanstalt. Bericht pro 1909. Dir.: Geh. Med.-Rat Dr. *Kroemer*. (S. 292*.)
70. Dalldorf, Irrenanstalt der Stadt Berlin. Bericht pro 1909. Dir.: Geh. Med.-Rat Dr. *Sander*. (S. 294*.)
71. Dösen, Heilanstalt der Stadt Leipzig. Bericht pro 1909. Dir.: Ob. Med.-Rat Dr. *Lehmann*. (S. 317*.)
72. Dziekanka, Provinzial-Irrenanstalt. Bericht pro 1909. Dir.: San.-Rat Dr. *Kaiser*. (S. 297*.)
73. Eberswalde, Brandenburgische Landesirrenanstalt. Bericht pro 1909. Dir.: San.-Rat Dr. *K. Zinn*. (S. 294*.)
74. Eglfing bei München, Oberbayrische Heil- und Pflege-Anstalt. Bericht pro 1909. Dir.: Dr. *Vocke*. (S. 313*.)
75. Eichberg, Landes-Heil- und Pflege-Anstalt im Rheingau. Bericht pro 1909. Dir.: Dr. *R. Snell*. (S. 308*.)
76. Ellen bei Bremen, St. Jürgen-Asyl für Geistes- und Nervenkranke. Bericht pro 1909. Dir. Dr. *Delbrück*. (S. 323*.)
77. Ellikon a. d. Thur, Trinkerheilstätte. 21. Jahresbericht pro 1909. (S. 332*.)
78. Feldhof zu Graz, Steiermärkische Landes-Irren-Heil- und Pflege-Anstalt. Bericht pro 1909. Dir.: Dr. *Sterz*. (S. 327*.)
79. Frankfurt a. M., Anstalt für Irre und Epileptische pro 1908 und 1909. Dir.: Prof. Dr. *Sioli*. (S. 309*.)
80. Freiburg i. Schl., Provinzial-Heil- und Pflege-Anstalt. Bericht pro 1909. Dir.: San.-Rat Dr. *Buttenberg*. (S. 300*.)
81. Friedmatt, kantonale Heil- und Pflege-Anstalt. Bericht pro 1909. Dir.: Prof. Dr. *Wolff*. (S. 330*.)

82. Friedrichsberg, Irren-Heil- und Pflege-Anstalt des hamburgischen Staates. Bericht pro 1909. Dir.: Prof. Dr. *Weygandt*. (S. 323*.)
83. Gehlsheim, Großh. Mecklbg. Irren-Heil- und Pflege-Anstalt bei Rostock i. M. Bericht pro 1909. Dir.: Geh. Med.-Rat Dr. *Schuchardt*. (S. 320*.)
84. Göttingen, Provinzial-Heil- und Pflege-Anstalt. Bericht pro 1909. Dir.: Geh. Med.-Rat Prof. Dr. *Cramer*. (S. 303*.)
85. Haus Schönow, Heilstätte für Nervenkranke in Zehlendorf bei Berlin. Bericht pro 1909. Dir.: Prof. Dr. *M. Laehr*. (S. 294*.)
86. Hephata zu M.-Gladbach. Evangelische Idiotenerziehungs- und Pflege-Anstalt. 51. Bericht. Dr. *Kröber*. (S. 312*.)
87. Herzberge, Irrenanstalt der Stadt Berlin. Bericht pro 1909. Dir.: Geh. Med.-Rat Prof. Dr. *Moeli*. (S. 295*.)
88. Hessischer Hilfsverein für die Geisteskranken in Hessen. Bericht pro 1909. (S. 336*.)
89. Hildesheim, Provinzial-Heil- und Pflege-Anstalt. Bericht pro 1909. Dir.: Geh. San.-Rat Dr. *Gerstenberg*. (S. 304*.)
90. Kaufbeuren, Bayerische Heil- und Pflege-Anstalt. Bericht pro 1909. Dir.: Dr. *Prinzing*. (S. 313*.)
91. Königsfelden, (Aargau) Kantonale Heil- und Pflege-Anstalt. Bericht pro 1909. Dir.: Dr. *Fröhlich*. (S. 332*.)
92. Kortau, (Ostpr.) Provinzial-Heil- und Pflege-Anstalt. Bericht pro 1909. Dir.: San.-Rat Dr. *Stoltenhoff*. (S. 291*.)
93. Kosten (Posen), Provinzial-Irren- und Idiotenanstalt. Bericht pro 1909. Dir.: Dr. *Scholz*.
94. Kreuzburg (Schlesien), Provinzial-Heil- und Pflege-Anstalt. Bericht pro 1909. Dir.: Dr. *Schubert*. (S. 300*.)
95. Kutzenberg, Oberfränkische Heil- und Pflege-Anstalt. Bericht pro 1909. Dir.: Dr. *Kolb*. (S. 314*.)
96. Langenhagen, Provinzial-Heil- und Pflege-Anstalt. Bericht pro 1909. Dir.: Dr. *Völker*. (S. 305*.)
97. Langenhorn, Irrenheil- und Pflege-Anstalt des hamburgischen Staates. Bericht pro 1909. Dir.: Prof. Dr. *Neuberger*. (S. 323*.)
98. Lauenburg (Pommern), Provinzial-Heil- und Pflege-Anstalt. Bericht pro 1909. Dir.: Geh. Med.-Rat Dr. *Siemens*. (S. 296*.)

99. Leubus (Schlesien), Provinzial-Heil- und Pflege-Anstalt. Bericht pro 1909. Dir.: Geh. San.-Rat Dr. *Alter*. (S. 301*.)
100. Lindenhaus bei Lemgo, Fürstl. lippische Heil- und Pflege-Anstalt. Bericht pro 1909. Dir.: Dr. *W. Alter*. (S. 322*.)
101. Lübeck, Staatsirrenanstalt. Bericht pro 1909. Dir.: Dr. *Wattenberg*. (S. 324*.)
102. Lüben (Schlesien), Provinzial-Heil- und Pflege-Anstalt. Bericht pro 1905—1910. Dir. Geh. San.-Rat Dr. *Simon*. (S. 301*.)
103. Lüneburg, Provinzial-Heil- und Pflege-Anstalt. Bericht pro 1909. Dir.: San.-Rat Dr. *O. Snell*. (S. 305*.)
104. Luzern, Hilfsverein für arme Irre des Kantons Luzern. Bericht pro 1909. (S. 337*.)
105. Münsterlingen (Thurgau), Kantonale Irrenheilanstalt. Bericht pro 1909. Dir.: Dr. *Brauchli*. (S. 331*.)
106. Neustadt in Westpr., Provinzial-Irrenanstalt. Bericht pro 1909. Dir.: San.-Rat Dr. *Rabbas*. (S. 292*.)
107. Neustadt in Holstein, Provinzial-Irrenanstalt. Bericht pro 1909. Dir.: Dr. *Dabelstein*. (S. 302*.)
108. Niedernhart, Oberösterreichische Landes-Irrenanstalt. Bericht pro 1909. Dir.: Dr. *Schnopfhagen*. (S. 327*.)
109. Niederösterreichs Landesirrenanstalten und Fürsorge für schwachsinnige Kinder. Jahresbericht 1907/08. Wien, K. K. Hof- und Staatsdruckerei. (S. 326*.)
110. Obrawalde, Provinzial-Irrenanstalt. Bericht pro 1909. Dir.: San.-Rat Dr. *Dluhosch*. (S. 298*.)
111. Osnabrück, Provinzial-Heil- und Pflege-Anstalt. Bericht pro 1909. Dir.: San.-Rat Dr. *Schneider*. (S. 306*.)
112. Owinsk, Provinzial-Irrenanstalt. Bericht pro 1909. Dir.: San.-Rat Dr. *Werner*. (S. 298*.)
113. Pennsylvania, 56. annual report of the Pennsylvania Training School for feeble-minded children. (S. 335*.)
114. Perth, 83. annual report of James Murray's Royal Asylum (S. 335*.)
115. Préfargier, Maison de santé. 61. rapport annuel. Dir.: Dr. *Dardel*. (S. 333*.)
116. Rheinprovinz, Bericht über die Provinzial-Heil- und Pflege-Anstalten pro 1909/10. (S. 310*.)



117. Rheinprovinz, Hilfsverein für Geisteskranke. 9. Jahresbericht pro 1909. (S. 337*.)
118. Roda, Herzogliches Genesungshaus, Irren-Heil- und Pflege-Anstalt für Sachsen-Altenburg. Bericht pro 1909. Dir.: Med.-Rat Dr. *Schäfer*. (S. 321*.)
119. Roda, Herzoglich sächsisches Martinshaus, Idiotenanstalt für Knaben von 6—16 Jahren. Bericht pro 1909. Dir.: Med.-Rat Dr. *Schäfer*. (S. 322*.)
120. Rosegg (Solothurn), Kantonale Heil- und Pflege-Anstalt. Bericht pro 1909. Dir.: Dr. *L. Greppin*. (S. 330*.)
121. Rufach, Oberelsässische Bezirks-Heil -und Pflege-Anstalt. Bericht pro 1909. Dir.: Dr. *A. Groß*. (S. 325*.)
122. Saargemünd, Lothringische Bezirks-Heil- und Pflege-Anstalt. Bericht pro 1909. Dir.: Geh. San.-Rat Dr. *Dittmar* (S. 326.*)
123. Sachsen, Königreich, Das Irrenwesen im Jahre 1908. Leipzig 1910. Verlag von F. C. W. Vogel. (S. 314*.)
124. Sachsenberg, Großh. Mecklbg. Irren-Heil- und Pflege-Anstalt bei Schwerin i. M. Bericht pro 1909. Dir.: Ob.-Med.-Rat Dr. *Matusch*. (S. 320*.)
125. Santiago (Chile), Memorias de los médicos de la Casa de Orates de Santiago pro 1908. (S. 335*.)
126. Schleswig, Provinzial-Irren-Heil- und Pflege-Anstalt. Bericht pro 1909. Dir.: Prof. Dr. *Kirchhoff*. (S. 302*.)
127. Schleswig, Provinzial-Idiotenanstalt. Bericht pro 1909. Dir.: Dr. *Zappe*. (S. 303*.)
128. Schwetz, Westpreußische Provinzial-Irrenanstalt. Bericht pro 1909. Dir.: San.-Rat Dr. *Schauen*, (S. 293*.)
129. Scotland, 52. annual report of the general board of commissioners in lunacy for Scotland. 1909. (S. 334*.)
130. Sigmaringen, Fürst-Carl-Landesspital. Bericht pro 1909. Dir.: San.-Rat Dr. *Longard*. (S. 321*.)
131. Sonnenhalde bei Riehen (Kanton Basel), Evangelische Heilanstalt für weibliche Gemütskranke. 10. Bericht. Dir.: Dr. *Bach*. (S. 330*.)
132. Stephansfeld-Hördt, Elsässische Bezirks-Irrenanstalt. Bericht pro 1909. Dir.: San.-Rat Dr. *Ransohoff*. (S. 324*.)



133. Stetten i. Württemberg, Heil- und Pflege-Anstalt für Schwachsinnige und Epileptische. Bericht pro 1909/10. Oberarzt: Dr. *Schott*. (S. 320*.)
134. Stettin - Kückenmühler-Anstalten. Bericht pro 1909. Chefarzt: Dr. *Schnitzer*. (S. 297*.)
135. Strelitz (Alt-), Großh. Mecklbg. Landesirrenanstalt. Bericht pro 1908 und 1909. Dir.: San.-Rat Dr. *Serger*. (S. 320*.)
136. St. Pirminsberg, Kantonale Heil- und Pflege-Anstalt. Bericht pro 1909. Dir.: Dr. *Haeberlin*. (S. 331*.)
137. St. Urban (Luzern), Kantonale Heil- und Pflege-Anstalt. Bericht pro 1908—1909. Dir.: Dr. *Lisibach*. (S. 329*.)
138. Tannenhof, Evangelische Heil- und Pflege-Anstalt bei Lüttringhausen (Rheinland). Bericht pro 1909. Dir.: Dr. *Beelitz*. (S. 312*.)
139. Tapiau (Ostpr.), Landespflegeanstalt. Bericht pro 1909. Dir.: Dr. *Havemann*. (S. 292*.)
140. Tost (Oberschlesien), Provinzial-Heil- und Pflege-Anstalt. Bericht pro 1909. Dir.: San.-Rat Dr. *Schütze*. (S. 301*.)
141. Uccle, Rapport sur le service médical du sanatorium du Fort Jaco à Uccle (Belgien) pro 1909. (S. 333*.)
142. Ungarns Irrenwesen im Jahre 1909. Budapest 1910. Veröffentlicht vom Kgl. Ungarischen Ministerium des Innern. (S. 328*.)
143. Waldau, Münsingen, Bellelay, Bernische kantonale Irrenanstalten. Bericht pro 1909. Dir.: Prof. Dr. *v. Speyer*, Dr. *Glaser*, Dr. *Hiß*. (S. 329*.)
144. Waldfrieden, Heilstätte. Spezialanstalt für Alkoholkranke. Bericht 1900—1910 herausgegeben vom Verwaltungs-Ausschuß, erstattet von Dr. *Waldschmidt*. (S. 296*.)
145. Waldhaus, Kantonale Irren- und Krankenanstalt. Bericht pro 1909. Dir.: Dr. *Joerger*. (S. 332*.)
146. Wehnen, Großh.-Oldenburgische Heil- und Pflege-Anstalt. Bericht pro 1909. Dir.: Med.-Rat Dr. *Brümmer*. (S. 321*.)
147. Weilmünster, Landes-Heil- und Pflege-Anstalt. Bericht pro 1909. Dir.: San.-Rat Dr. *Lantzius-Beninga*. (S. 309*.)
148. Westfalen, Berichte der Direktoren der Provinzial-Heil-Anstalten pro 1909. Münster 1910. Universitätsbuchdruckerei (S. 306*.)



149. Wil, Kantonales Asyl (St. Gallen). Bericht pro 1909. Dir.: Dr. *Schiller*. (S. 330*.)

150. Württemberg, Bericht über die im Königreich bestehenden Staats- und Privatanstalten für Geisteskranke, Schwachsinnige und Epileptische pro 1908. Herausgegeben vom Kgl. Medizinalkollegium. Stuttgart 1910. W. Kohlhammer. (S. 318*.)

151. Württembergs Hilfsverein für rekonvaleszente Geisteskranke. 8. Rechenschaftsbericht. Saulgau i. Württbg. 1910. Otto Bachmann. (S. 337*.)

152. Wuhlgarten, Berliner städtische Anstalt für Epileptische. Bericht pro 1909. Dir.: Dr. *Hebold*. (S. 296*.)

Anläßlich des vierten internationalen Kongresses zur Fürsorge für Geisteskranke in Berlin hat *Bresler* (9) die von den Direktoren der einzelnen Anstalten zur Verfügung gestellten Beschreibungen staatlicher, provinzieller, städtischer und Privat-Heil- und Pflege-Anstalten für psychisch Kranke zu einem einzigartigen, von der Verlagsanstalt in vornehmster Weise ausgestatteten Werke vereinigt. Heil- und Pflege-Anstalten aus allen Teilen des Deutschen Reiches werden uns in Wort und Bild vorgeführt und geben einen vorzüglichen Überblick über die Entwicklung und den glänzenden Stand deutscher Irrenpflege.

Cramers (12) durch zahlreiche Abbildungen besonders anschauliche Ausführungen zeigen, daß heute der psychiatrische Unterricht auf den Hochschulen in einer Weise durchgebildet ist, wie man das vor 20 Jahren noch nicht zu hoffen gewagt hat. Die psychiatrischen und Nervenkliniken stehen heute neben den anderen medizinischen Instituten vollwertig da und erfüllen ihre dreifache Aufgabe: Behandlung der Kranken, wissenschaftliche Forschung und Unterricht. Ein kurzer historischer Überblick über die Entwicklung der Kliniken sowie eine Übersicht über die aufgewandten Kosten leiten die interessanten Ausführungen ein. Die beigefügten Tabellen über die Krankenbewegung beweisen, daß sich die Aufnahmen beständig gehoben haben.

Breslers (10) Buch füllt eine Lücke. Wohl finden sich in Zeitschriften und Jahresberichten wertvolle Mitteilungen zu diesem Thema, eine zusammenfassende Arbeit gab es hierüber bisher nicht. *Bresler* hat das zerstreute Material gesammelt und zusammen mit seinen Erfahrungen in dem vorliegenden Werke verarbeitet. Mit Ausnahme des Anstaltsbaues werden alle wichtigen Verwaltungsfragen — Pflegepersonal, Zerstreuung und Unterhaltung der Kranken, Arbeitsentlohnung, Beköstigung, Stellung der Ärzte usw. — erörtert. *Breslers* interessante Ausführungen geben einen vorzüglichen Überblick über das weitverzweigte Gebiet des Anstaltswesens und orientieren gut über alle einschlägigen Fragen.

Die Kommission (13) für Wahrung der Standesinteressen hat am 7. Januar 1910 in Berlin getagt. Tagesordnung. Sitzungsbericht. *Wachsmuth* beleuchtet die traurigen Verhältnisse der hessischen Anstaltskollegen. *v. Ehrenwall* referiert über

die Sachverständigengebühren in verschiedenen Bundesstaaten. *Müller*-Dösen kritisiert *Hoppes* Vorschläge zur Standesfrage der Irrenanstaltsärzte (Berl. klin. Wschr. 1909, Nr. 36). *Schröder*-Altscherbitz weist auf die große Verschiedenheit der Verhältnisse hin, welche trotz aller Verbesserungen noch in den einzelnen Anstalten bestehen und fordert regelmäßige statistische Zusammenstellungen der Anstaltsverhältnisse auf Grund von Fragebögen und deren Veröffentlichung; so hofft er eine gewisse in allseitigem Interesse liegende Übereinstimmung der Anstaltsverhältnisse zu erreichen.

Dost (15) wendet sich besonders an den praktischen Arzt und gibt wertvolle Winke für die Begutachtung von Geisteskranken zwecks Aufnahme in staatliche Irrenanstalten Deutschlands, Österreichs und der Schweiz. Die wichtigsten Aufnahmebestimmungen aller dieser Anstalten sind zweckmäßig beigefügt zur raschen Orientierung und Aufklärung.

Sioli (41) weist auf die Nachteile und Gefahren hin, welche eine Verschärfung und Verzögerung des Aufnahmeverfahrens in erster Linie den Kranken selbst bringen würde, und betont, daß möglichste Erleichterung der Aufnahmen im allgemeinen Interesse liegt. Wenn das Irrenwesen neu geregelt werden soll, müssen die Aufnahmebestimmungen möglichst einfach gestaltet werden. „Die Entwicklung der Irrenanstalten selbst und der Rechtsschutz, der den Geisteskranken auch in der Anstalt zu Gebote steht, reichen aus, um widerrechtliche Einsperrungen zu verhindern.“ „Gerade die Universitätskliniken und die öffentlichen Anstalten, in denen die Aufnahme auf Verantwortung des Direktors in freiester und kürzester Weise geschieht, erfreuen sich bei Ärzten und Publikum des größten Vertrauens.“

Russell (38). Ehe die Geisteskranken in die Anstalten kommen, werden sie oft im Arrest gehalten, oder zu Hause schlecht behandelt, und schließlich ergeben sich auch Mißstände bei der Überführung. Darum sollte sich die Gesundheitsbehörde statt der Polizei der Sache annehmen, ihre Beamten sollten sich mit den Anstalten in Verbindung setzen, auch sollten in den allgemeinen Krankenhäusern Aufnahmeabteilungen errichtet werden. (*Ganter.*)

Zur Bekämpfung der dauernden Überfüllung der württembergischen Staatsirrenanstalten hat das Ministerium zwei Maßregeln empfohlen: 1. Entlastung der Anstalten von nicht mehr anstaltspflegebedürftigen Kranken, 2. Erweiterung der Bezirksirrengelasse. Mit der ersten Maßnahme ist *Weber* (48) einverstanden, die Erweiterung der Bezirksirrengelasse hält er mit Recht für sehr bedenklich, läuft doch die Behandlung meist auf dauerndes Isolieren hinaus, *Aschaffenburg* (2) glaubt, daß die Entlastung der Anstalten durch Entlassungen von Kranken sich bald als Fehlschlag erweisen wird und macht auf die Gefahr aufmerksam, die auch harmlose und in der Anstalt friedliche Kranke in unzweckmäßiger Umgebung für sich und andere bedeuten. Den Ausbau der örtlichen Irrenpflege, die Bezirksirrengelasse, verurteilt er ganz entschieden, empfiehlt dann ebenso wie *Weber* Ausbau der Familienpflege und betont, daß nur der Neubau einer Irrenanstalt zweckmäßige Abhilfe zu schaffen vermag.

Schermers (39) liefert in seinen beachtenswerten Ausführungen einen wertvollen Beitrag zur Frage: inwiefern sind die Ergebnisse der Anstaltspflege jetzt



besser als früher. Er hat die Krankenbewegung in den niederländischen Irren-anstalten von 1875 bis 1900 nach diesem Gesichtspunkt studiert, dabei Alter der Kranken, Art und Dauer der Seelenstörungen, Rückfälle, Dauer der Anstaltspflege, Heilungen usw. besonders berücksichtigt. *Schermers* kommt zu dem Schluß, daß die Zahl der in die Irrenanstalten aufgenommenen Kranken fortwährend zunimmt, während die Zahl der Geheilten und Verstorbenen abnimmt; die Bevölkerung der Irrenanstalten muß also beständig zunehmen. Nach kurzer Würdigung der Gründe, welche bei der großen Zunahme der Anstaltspatienten eine Rolle spielen, bemerkt *Schermers*, daß normale Verhältnisse erst dann eintreten, wenn für 10 000 Einwohner 20 Anstaltsplätze zur Verfügung stehen, wenn in den Niederlanden noch für 2000 Patienen Platz gemacht wird. Für unbedingt notwendig hält er ferner eine Vermehrung der Anstaltsärzte, damit die verschiedenenPsychosen sorgfältiger studiert und individueller behandelt werden können; jetzt sind einem Anstaltsarzt 150—200 Patienten anvertraut.

Weinbergs (51) sehr beachtenswerte Ausführungen machen auf die Mängel unserer jetzigen Statistik aufmerksam und enthalten wertvolle Verbesserungs-vorschläge.

Fischers (17) Ausführungen, illustriert durch anschauliche Skizzen, enthalten bemerkenswerte Fingerzeige für die Weiterentwicklung unserer Anstaltsbauten. Wenn auch ein Teil der Anstalt weiter aus kleinen Villen bestehen muß, besonders dort, wo es sich um die Erfüllung bestimmter ärztlicher Indikationen handelt, so werden wir doch, meint *Fischer*, wieder zu größeren Krankenhauskomplexen über-gehen müssen; sie sind wesentlich billiger und erleichtern die Krankenfürsorge. Solche Krankenhauskomplexe für 150—200 Patienten bestehen aus aneinander-gereihten einzelnen Pavillons mit modernen Abteilungstypen, die an den Eingängen und Treppenhäusern zusammenhängen.

Linke (26) glaubt nicht, daß wir mit dem heutigen Wachsaalsystem die für die Behandlung frischer Psychosen zweckmäßigen Räume in ausreichendem Maße geschaffen haben, er sieht in diesen Aufnahmestationen ein Kompromiß zwischen unseren Wünschen und den zu Gebot stehenden Mitteln. *Zenker* (53) stimmt ihm zu, macht auf die Mängel aufmerksam, die unserm Wachsaalsystem vielfach an-haften, empfiehlt zur Aufnahme und Behandlung gewisser akuter Psychosen „Wachabteilungen" und läßt eine Beschreibung von deren Einrichtung und Organi-sation folgen.

Becker (4) erörtert kurz die jetzigen Anschauungen über Isolierräume; er spricht der Behandlung im Isolierraum eine gewisse Berechtigung zu, sieht darin aber ein notwendiges Übel, ein letztes Überbleibsel alter Behandlungsmethoden.

Neißer (31) hat eine große Anzahl von Krankenhäusern und Kliniken besucht und dabei besonders auf die Einrichtung zur Durchführung moderner Diätkuren geachtet. Seine Beobachtungen und Erfahrungen hat er in dem vorliegenden Reise-bericht zusammengefaßt. Die vorzüglichen Ausführungen interessieren auch die Irrenanstalten. Wird doch auch hier der Diätbehandlung immer größere Aufmerk-samkeit zugewandt. Entsprechende Diätetik unterstützt wirksam alle therapeuti-schen Maßnahmen. *N.* verlangt möglichst völlige Trennung der Massenverpflegung

und der individuell-diätetischen Beköstigung, Abtrennung der Diät- von der Hauptküche, besonderes Personal für die Diätküche.

Rodiet (36), ärztlicher Direktor der in Dun-sur-turon eingerichteten Familienpflege, gibt eine Schilderung seiner Erfahrungen. Die Verpflegung wurde hier 1893 von Dr. Marie eingerichtet. Es werden nur die weiblichen Kranken der Anstalten des Seine-Departements aufgenommen (für die männlichen Kranken ist Ainay-le-Château bestimmt). Dun und seine Umgebung haben gegenwärtig 960 Frauen in Pflege. Den Mittelpunkt bildet ein kleines Krankenhaus, bestehend aus 3 Pavillons mit 73 Betten. An der Spitze steht ein ärztlicher Direktor, dem 2 Ober- und 3 Assistenzärzte nebst dem erforderlichen Pflegepersonal beigegeben sind. Jede Kranke wird wenigstens einmal wöchentlich vom Arzte und einem Pfleger besucht. Der Pflegefamilie werden in der Regel zwei Kranke, eine bessere und eine geistig tieferstehende, anvertraut. Die Familie hat ein möbliertes Zimmer zu stellen und erhält für Essen und Besorgung des Kranken 1,10 fr. für Kopf und Tag. Dem Departement kommt der Kranke, alles in allem gerechnet, auf 1,50 fr. zu stehen. An verdienstvolle Pflegefamilien werden jährlich 3000 fr. Belohnung verteilt. Was von unserem System abweicht, ist, daß die Kranke nur zu arbeiten braucht, wenn sie will und wo sie will und dafür Anspurch auf eine kleine Geldentschädigung hat, auch wenn sie für die Pflegefamilie arbeitet. In Dun selbst, einem kleinen Städtchen von 4000 Einwohnern, verdienen sich manche Kranke als Näherinnen, Wäscherinnen, Plätterinnen bis 1 fr. täglich. Die Kranken sind nur an die Essenszeiten und die Abendzeit gebunden, sonst sind sie vollständig frei. Gesellige Zusammenkünfte finden in einem bestimmten Saal statt. *(Ganter.)*

Behr (5) läßt in seiner Anstalt alle männlichen Geisteskranken durch weibliche Kräfte pflegen; die unsozialen, gewalttätigen Männer werden durch Pfleger und Pflegerinnen gemeinsam gewartet. Die Nachtwachen versehen in den Häusern für Unruhige nur männliche Pfleger, bei Halbruhigen je ein Pfleger und eine Pflegerin, die durch ein Stockwerk geschieden und durch eine elektrische Glocke miteinander verbunden sind. *Behr* kommt auf Grund seiner Erfahrungen zu dem Resultat, daß die Pflege geisteskranker Männer durch weibliche Kräfte auch unter ungünstigen äußeren Bedingungen nicht nur möglich ist, sondern durchaus Ersprießliches leistet.

Fischer (18) weist auf die ethische, volkswirtschaftliche und sozialpolitische Bedeutung einer Pflegeversicherung bei Geisteskrankheit hin und empfiehlt Versicherung gegen Geisteskrankheit Allen, die ohne besondere Zwischenfälle sich und ihre Familien sicher und anständig durchs Leben bringen, bei denen aber ein länger dauernder Fall von Geisteskrankheit oft gleichbedeutend ist mit finanziellem Rückgang. In Nürnberg wirkt ein solcher Verein schon seit 25 Jahren segensreich.

Scholz' (40) bekannter, vom Deutschen Verein für Psychiatrie preisgekrönter Leitfaden für Irrenpfleger ist in neuer — 7. — vermehrter und verbesserter Auflage erschienen. Viele Abbildungen sind zweckmäßig durch neue ersetzt. Der 31. Abschnitt über Irrenpflege hat wertvolle Verbesserungen und Erweiterungen erfahren.

Rodiet (35) schildert in dem Büchlein auf Grund einer Umfrage die Lage des Pflegepersonals an den franz. Anstalten. Überall fehlt es an Personal, wenige melden sich, man muß nehmen, was kommt. Die Bezahlung ist schlecht, sie schwankt

in den verschiedenen Anstalten von 25—45 fr. Anfangsgehalt. In den meisten Anstalten gibt es keine Pensionierung, einige gewähren eine gewisse Entschädigung oder geben dem invaliden Pfleger Kost und Wohnung. Die Pfleger schlafen auf den Krankensälen, Familienwohnung wird nicht gewährt. Nur in 9 Anstalten sind regelrechte Nachtwachen eingeführt, sonst geht eine Runde herum. Ein Pfleger kommt auf 15 und mehr Kranke. Unterricht wird in den meisten Anstalten erteilt und darüber ein Zeugnis ausgestellt. Die Vorschläge, die Verf. zur Besserung der Verhältnisse macht, decken sich im wesentlichen mit denen. wie sie seinerzeit bei uns aufgestellt wurden. *(Ganter.)*

Stiefkinder der Sozialpolitik (46) betitelt eine Krankenpflegerin ihre Ausführungen, worin sie über trübe Erfahrungen berichtet, welche sie während der Ausbildungszeit und auch später in ihrem Beruf gemacht hat. Sie klagt dabei, daß die soziale Fürsorge bisher so wenig für die Krankenpflegerin getan hat. Die Irrenpflegerin sieht einen großen Teil der vorgebrachten Wünsche und Forderungen längst erfüllt. Wenn sich auch nicht jede Krankenpflegerin zur Pflege Geistes- und Nervenkranker eignet, so muß man sich doch wundern, daß sich nicht mehr Damen diesem Beruf zuwenden, um so mehr, wenn man hört, wie unbefriedigt sich viele als „Krankenschwester“ fühlen.

Boulenger (7) tritt für die Abstinenz in den belgischen Irrenanstalten ein, und zwar bei den Angestellten sowohl wie bei den Kranken. *(Ganter.)*

Eccard (16) zeigt, durch welche Maßnahmen der endemische Typhus auch in größeren Internaten bekämpft und zum Verschwinden gebracht werden kann.

Zweig (54) berichtet über seine Erfahrungen und Beobachtungen bei einer durch Bazillenträger hervorgerufenen Typhusepidemie auf der weiblichen Siechenabteilung in Dalldorf. Er hat Typhen gesehen, die mit wenig hohem und kurzem Fieber einhergehen, bei denen bis in die fünfte Woche hinein Bazillenausscheidung sowie Widal fehlten. Bei Ausbruch eines Typhus ist immer an Kontaktinfektion zu denken; zur Ermittlung der Infektionsquelle sind Entleerungen und Serum der „Eßgemeinschaft“ des Erkrankten regelmäßig zu untersuchen; ein Typhusfall in einer „Eßgemeinschaft“ verlangt besondere Beachtung auch unscheinbarer Temperatursteigerungen bei anderen Mitgliedern; bei Bazillenausscheidern soll Laktobazillin versucht werden, das auch günstig auf den akuten Typhus wirkt.

Hügl (21) berichtet über die Bekämpfung des seit Jahren in Klingenmünster endemischen Typhus und fordert, daß bei allen in Frage kommenden Fällen sofort bakteriologische Untersuchungen angestellt und wiederholt werden; Blut, Stuhl und Urin sollen wiederholt untersucht werden. Besonders aufmerksam gemacht wird auf die Gefährlichkeit jener Bazillenträger, die monatelang keine Krankheitserreger ausschieden, plötzlich solche aber wieder im Kot deponieren. Strenge Abschließung aller Bazillenträger brachte endlich den Typhus zum Erlöschen. Wesentlichen Einfluß von Darm- und Körperdesinfizentien auf die Ausscheidung der Bakterien hat *Hügel* nicht beobachtet.

Steward (45): Es kommenverschiedene Bazillen als Erreger der Dysenterie in Betracht. Die Übertragung erfolgt teils durch die Luft, besonders da wo es sich um unreinliche Kranke handelt, teils durch die direkte Berührung. 1903 kamen in den eng-



lischen Anstalten 1225 Fälle von Dysenterie mit 257 Todesfällen vor, 1908 erkrankten von 94 888 Insassen 1068 mit 235 Todesfällen. Schmutzige und blöde Kranke werden am ehesten ergriffen, unter 100 Kranken gehörten 47 dahin. Die meisten Erkrankungsfälle ereignen sich im Sommer und Frühherbst, 67 % im Juni/August. Frauen überwiegen über die Männer im Verhältnis von 65 : 35. Im Sommer spielen bei der Verbreitung auch die Mücken und Fliegen eine wichtige Rolle. Störungen in den Verdauungsorganen (Verstopfung, Stomatitis) wirken prädisponierend. In akuten Fällen gibt Verfasser alkalische Wässer, später ein Adstringens.

(*Ganter.*)

Kundt (23) bringt zahlenmäßige Unterlagen für die Lösung der Frage der Unterbringung krimineller Geisteskranker und geisteskranker Verbrecher in Bayern. Er hat festgestellt, daß rund 325 (= 7—8%) von den Kranken in sämtlichen Irrenanstalten Bayerns sich nicht für die gewöhnliche Anstaltspflege eignen, daß ferner von den im Strafvollzug stehenden männlichen Verbrechern mindestens 150 und außerdem ein Teil der rund 50 Abnormen des Arbeitshauses einer besonderen Art der Unterbringung bedürfen. *Rüdin* (23) macht Vorschläge über die zweckmäßigste Art der Unterbringung dieser Kriminellen. Im allseitigen Interesse liegt es, so betont er, daß geisteskrank gewordene Gefangene sofort irrenärztlich behandelt werden. Das geschieht am besten in Strafanstalten angegliederten Beobachtungs- und Bewahrungsstationen. Hier bleiben die Kranken bis zum Ende der Strafzeit. Für ihre weitere Behandlung und Verwahrung errichtet jeder Kreis im Anschluß an eine Irrenanstalt zweckmäßig Sonderbauten, Verwahrungshäuser mit entsprechenden Einrichtungen. Zentralanstalten für irre Verbrecher und verbrecherische Irre empfiehlt *Rüdin* nicht.

Wo die Anzahl der besonders gefährlichen Geisteskranken groß ist, empfiehlt *Nitsche* (32) den Bau psychiatrisch geleiteter Sonderanstalten. Ist die Zahl der zu versorgenden gefährlichen Geisteskranken kleiner, genügt ein Haus, so wird zweckmäßig einer der Anstalten des betreffenden Bezirks ein „Verwahrungshaus" angegliedert. Die im Strafvollzug oder in der Untersuchungshaft Erkrankten werden am besten in Strafanstalten angegliederten Irrenabteilungen untergebracht.

Wendenburg (52) empfiehlt die Verwahrung geisteskranker Verbrecher in besonderen, Irrenanstalten angegliederten „Verwahrungshäusern". Für die gefährlichen geistig Minderwertigen fordert er eigene, entsprechend eingerichtete Anstalten. Die Verwahrung der geisteskranken Verbrecher und der Verbrecher mit geminderter Zurechnungsfähigkeit soll die Möglichkeit der Heilung, aber auch Schutz der Gesellschaft vor diesen verbrecherischen Elementen gewähren.

Ausführlicher Bericht *Webers* (49) über Entstehung, Einrichtung und Organisation des hannoverschen Provinzial-Verwahrungshauses in Göttingen mit Betriebsreglement.

Riegers (34) Bericht bringt interessante Beiträge zur Geschichte Unterfrankens, zur Literaturgeschichte und Geschichte der Medizin aus dem Archiv der psychiatrischen Klinik zu Würzburg. Ein Kapitel handelt von der Würzburger Psychiatrie und den Dichtern und erörtert deren Beziehungen und Zusammenhang. Ein anderes Kapitel — „Bemerkenswertes aus den letzten zwei Jahrzehnten der Klinik" —



enthält kritische Mitteilungen über Fragen der Anstaltsorganisation, speziell Organisation des ärztlichen Dienstes und fügt zur Illustration ein 1898 zu dieser Frage erstattetes ausführliches Obergutachten des Verfassers bei (ein maniakalisches Mädchen war in einer Anstalt erstickt, weil es in seiner Zelle Stroh angezündet hatte; der Arzt war wegen fahrlässiger Tötung angeklagt).

Weichelt (50) gibt anläßlich des 75 jährigen Bestehens der Anstalt einen kurzen Überblick über ihre Entwicklung und schildert dabei anschaulich die schrecklichen Zustände in der völlig verwahrlosten Anstalt, welche er bei Übernahme der Leitung 1899 vorgefunden hat. Seither erfreuliche Besserung der Verhältnisse.

Lomer (27) macht wieder auf die traurige Lage des belgischen Irrenwesens aufmerksam und zeigt wie Belgiens Irrenpflege unter der engen Verbindung mit den Ordenskongregationen leidet.

Marie (28) rechtfertigt seinen kritischen Standpunkt gegenüber dem belgischen Irrenwesen, worüber er auf dem Kongreß zu Anvers referiert hatte.

(*Ganter.*)

Morel (30): In einem früheren Erlaß erachtete der belgische Justizminister es nicht für genügend, wenn das Pflegepersonal, das die Nachtwache hat, in einem an den großen Schlafsaal anstoßenden Zimmer schlafe. In einem zweiten Rundschreiben war er aber damit einverstanden, nur müsse der Schlafsaal beleuchtet sein. Außerdem macht ein Pfleger die Runde. Das ist die berühmte belgische „Nachtwache". Als charakteristisch für die Stellung der Ärzte hebt Verfasser hervor, daß die Erlasse nur an die „Direktoren" gerichtet wurden. Da darf man sich freilich nicht mehr wundern, wenn ein Direktor dem Arzte die Schlüssel entzieht. (Es wird solange nicht anders werden, solange das Irrenwesen nicht verstaatlicht wird. *G.*) (*Ganter.*)

Sobolewsky (42): Im Durchschnitt erkrankten jährlich an Nervenkrankheiten 4538,4 Mann, was 4,62 ‰ ausmacht. Der durch diese Krankheiten verursachte Abgang betrug 1787 (1,82 ‰), die Mortalität nach Nervenkrankheiten 0,3 ‰ (des Gesamtbestandes der Armee). Bemerkenswert ist die steigende Tendenz der Zahl der Erkrankungsfälle (von 4,09 ‰ im Jahre 1891 auf 5,61 im letzten Berichtsjahre). — 804 Mann mußten im Durchschnitt jährlich wegen Erkrankungen des Nervensystems entlassen werden. Davon kommt über ein Drittel (35,4 %) auf Geisteskrankheiten, 32,4 % Epilepsie, 18,5 % Lähmungen und Blasenstörungen. Die Zahl der Selbstmorde schwankt zwischen 0,11 ‰ und 0,17 ‰.

Am häufigsten kommen Geistes- und Nervenkrankheiten unter den Haftestrafe abbüßenden Mannschaften vor (9,5 ‰). Ebenso war hier der Abgang infolge von durch Nerven- und Geisteskrankheiten verursachten Entlassungen und Todesfällen relativ am stärksten (2,7 ‰). Nach dieser Kategorie kommen die Pioniere mit ziemlich großen Erkrankungs-, Todes- und Entlassungsfällen (1,87 ‰); darauf folgt Infanterie (1,44 ‰), Artillerie und Kavallerie (1,26 ‰) und an letzter Stelle das Kosakenheer (1,09 ‰). (*Fleischmann*-Kiew.)

Borischpolski (6): Von den Erfahrungen des russisch-japanischen Krieges ausgehend, macht *Borischpolski* Vorschläge über zweckmäßige Organisation psychiatrischer Hilfeleistung auf dem Kriegschauplatz. Notwendige Voraussetzung ist



rationelle Irrenversorgung im Lande während der Friedenszeit. Für den Krieg ist eine spezielle psychiatrische Organisation unentbehrlich, die durch die Mobilisationspläne ebenso vorgesehen werden muß, wie chirurgische und allgemein ärztliche Hilfeleistung. Es müssen besondere Hospitäler für Geisteskranke vorhanden sein und zwar sowohl mobile Feldlazarette, als auch Reservehospitäler im Rücken der Armee. Jeder Sanitätseisenbahnzug muß spezielle, für Geisteskranke bestimmte Wagen führen, die zwischen den vorgeschobenen Positionen und den Hospitälern zirkulieren. Die Leitung der gesamten psychiatrischen Hilfeleistung und der Beförderung der Geisteskranken ins Innere des Reiches muß in den Händen eines Psychiaters liegen. Mit der ganzen Organisation soll sich nur eine Behörde und zwar am zweckmäßigsten das rote Kreuz — befassen. Daneben muß auch für die an Neurosen erkrankten Militärpersonen gesorgt werden, da im Kriege die Zahl der Neurosen die der Psychosen bei weitem übertrifft. (*Fleischmann*-Kiew.)

Urquhart (47): Entwicklung und Stand des Irrenwesens in Schottland. (*Ganter.*)

Hockaufs (20) Ausführungen schildern Einrichtung und Organisation der modernen, mit Komfort ausgestatteten, unter englischer Leitung stehenden ägyptischen Irrenanstalt in Abbassieh und bringen außerdem interessante Mitteilungen statistischer Art.

Über seine Beobachtungen besonders neurologischer und psychiatrischer Art gelegentlich einer Reise um die Erde macht *Lilienstein* (24—25) interessante Mitteilungen. Er weist darauf hin, daß im Bereich des Islams der Alkoholismus naturgemäß als Ursache von Psychosen keine Rolle spielt, daß dagegen „Pellagra“ und „Haschisch“ häufig als ätiologisches Moment genannt werden und beschreibt kurz diese Krankheitsbilder. Sehr befriedigt äußert *Lilienstein* sich über die Irrenfürsorge Australiens und seine durchaus modern eingerichteten Anstalten. Ganz vorsintflutliche Zustände hat er in China angetroffen. Japans Psychiatrie und Irrenanstalten lassen überall deutschen Einfluß erkennen. Die führende Rolle in der Organisation der Irrenfürsorge nimmt Deutschland ein.

In den Provinzial-Heil- und Pflege-Anstalten Ostpreußens befanden sich am 31. Dezember 1909 insgesamt 2962 (1453 M. 1509 Fr,); Zuwachs gegen das Vorjahr 110 Kranke. In Familienpflege 116 (68 M. 48 Fr.). Pflegekosten für Pensionäre I. und II. Klasse erhöht.

Allenberg (56): Bestand zu Beginn des Berichtsjahres 875 (440 M. 435 Fr.). Zugang 277 (172 M. 105 Fr.), Abgang 242 (155 M. 87 Fr.), bleibt Bestand 910 (457 M. 453 Fr.). Normalbelegungszahl 890 Kr. In Familienpflege 62 (37 M. 25 Fr.). Genesen = 6,5 % der Neuaufnahmen. Gestorben 5,64 % der Verpflegten. Anfang August Pockenepidemie, 76 Fälle, davon 1 Fall bei einem hinfälligen Paralytiker tötlich. Impfung aller Anstaltsinsassen; 8 Tage später keine Neuerkrankung mehr. 62 % aller Kranken regelmäßig beschäftigt.

Kortau (92): Bestand zu Beginn des Berichtsjahres 1009 (429 M. 580 Fr.). Zugang 479 (222 M. 257 Fr.). Abgang 456 (207 M. 249 Fr.). Bleibt Bestand 1032 (444 M. 588 Fr.). In Familienpflege 51 (28 M. 23 Fr.). Genesen 6,68 % der Neu-



aufnahmen. Gestorben 7,06 % der Verpflegten. 1 Suicid. Ein eingeschleppter Typhusfall.

Tapiau (139): Bestand zu Beginn des Berichtsjahres 902 (480 M. 422 Fr.). Zugang 134 (45 M. 89 Fr.). Abgang 84 (41 M. 43 Fr.). Bleibt Bestand 952 (484 M. 468 Fr.). Zugang im wesentlichen durch Überführung voraussichtlich unheilbarer Kranker aus Allenberg und Kortau. Gestorben rund 6 % der Verpflegten. In Familienpflege 3 M. Gebessert 11 (8 M. 3 Fr.). Ein Typhusfall; Entstehungsursache nicht ermittelt. Anfangsbestand in der Pflegeanstalt für gewalttätige geisteskranke Männer 66. Zugang 5. Abgang 3, darunter ein Todesfall. 1 M. gebessert in eine Landespflegeanstalt entlassen. Beschäftigt 50—65 %.

Conradstein (69): Bestand am 1. April 1909: 1459 (772 M. 687 Fr.). Zugang 276 (143 M. 133 Fr.). Abgang 288 (141 M. 147 Fr.). Bleibt Bestand 1447 (774 M. 673 Fr.), davon 162 in Familienpflege in Pr. Stargard und im Dorfe Saaben bei Conradstein. Vom Zugang litten 205 (93 M. 112 Fr.) an einfacher Seelenstörung. 20 (18 M. 2 Fr.) an Paralyse, 16 (8 M. 8 Fr.) an Seelenstörung mit Epilepsie, Hysteroepilepsie, 18 (9 M. 9 Fr.) an Idiotie, Imbezillität, 11 (9 M. 2 Fr.) an Alkoholismus; nicht geisteskrank 6 M. Krankheitsdauer vor der Aufnahme bei 56 bis zu 1 Monat, bei 17 bis zu 2, bei 13 bis zu 3, bei 28 bis zu 6 Monaten, bei 40 bis zu 1 Jahr, bei 122 bis zu 2 und mehr Jahren. Heredität bei 74 (43 M. 31 Fr.). Trunksucht war bei 30 (26 M. 4 Fr.), Lues bei 12 (11 M. 1 Fr.), Einzelhaft bei 6 M., Unfall und Kopfverletzung bei 23 (17 M. 6 Fr.), Altersvorgänge bei 14 (12 M. 2 Fr.), Wochenbett bei 3 Fr., Typhus und Hirnhautentzündung bei 7 (5 M. 2 Fr.) Krankheitsursache. Mit dem Strafgesetz waren in Konflikt geraten vor der Erkrankung 36 (31 M. 5 Fr.), nach der Erkrankung 5 M., davon 24 (18 M. 6 Fr.) erblich belastet. Zur Beobachtung kamen 9 Kr. Geheilt und gebessert 120 (64 M. 56 Fr.), davon 16 bereits nach ¼ Jahr, 26 nach ½ Jahr, 28 nach 1 Jahr entlassen; ungeheilt 64 (27 M. 37 Fr.). Gestorben 104 (50 M. 54 Fr.) = 5,99 % aller Verpflegten (5,46 % M. und 6,59 % Fr.). Tuberkulose war 26 mal, Krebs 2mal Todesursache. Zahl der Siechen, Hinfälligen, Arbeitsunfähigen hat zugenommen. Das Gut lieferte 36 773,33 M. Reingewinn. Gesamtausgabe 769 226,08 M. Die Beköstigung kostete pro Kopf und Tag 0,561 M.

Neustadt (106): Bestand am 1. April 1910: 565 (285 M. 280 Fr.). Zugang 125 (64 M. 61 Fr.). Abgang 144 (65 M. 79 Fr.). Bleibt Bestand 546 (284 M. 262 Fr.), davon 45 in Familienpflege in der Stadt Neustadt. Vom Zugang litten 83 (30 M. 53 Fr.) an einfacher Seelenstörung, 11 (9 M. 2 Fr.) an Paralyse, 6 (5 M. 1 Fr.) an Epilepsie, Hysteroepilepsie, 11 (7 M. 4 Fr.) an Imbezillität, Idiotie, 8 (7 M. 1 Fr.) an Alkoholismus; 6 nicht geisteskrank. Krankheitsdauer vor der Aufnahme bei 26 bis zu 1 Monat, bei 12 bis zu 2, bei 20 bis zu 6 Monaten, bei 13 bis zu 1 Jahr, bei 48 bis zu 2 und mehr Jahren. Größte Zahl der Aufnahmen im Alter von 21 bis 30 Jahren. Heredität bei 36,8 % und zwar 34,4 % M. und 39,3 % Fr. Lues war 4mal (3 M. 1 Fr.), Alkoholismus 14mal (13 M. 1 Fr.), Unfall und Kopfverletzung 3mal (2 M. 1 Fr.), Wochenbett, Schwangerschaft 3mal, Überanstrengung 7mal (5 M. 2 Fr.). Mit dem Strafgesetz waren in Konflikt geraten vor der Erkrankung 1 M., nach der Erkrankung 11 (7 M. 4 Fr.). Gemäß § 81 kamen zur Beobachtung



7 M., davon 3 nicht geisteskrank, 1 vermindert zurechnungsfähig. Geheilt und gebessert 38 (21 M. 17 Fr.), nicht geisteskrank 5 M.; ungeheilt 54 (24 M. 30 Fr.), davon die Mehrzahl nach Schwetz überführt; gestorben 47 (15 M. 32 Fr.) = 6,8 % aller Verpflegten (4,3 % M. und 9,4 % Fr.). Tuberkulose war 8mal, Krebs 2mal Todesursache. Von den Geheilten und Gebesserten haben 36 die Anstalt innerhalb eines halben Jahres wieder verlassen. 1 Zugang mit Typhus; die Krankheit verlief ohne nachteilige Folgen. Sabromin bei Epileptikern ohne Erfolg gegeben. Einspritzungen mit Natr. kakodyl. bei Kranken mit neurasthenischen Beschwerden erfolgreich. Bei 2 Paralysen trat nach Einspritzung von 10 % Natr. nucleinic. weitgehende Remission ein; unangenehm die starke Reizung an der Injektionsstelle. Sauerstoff- und Kohlensäurebäder waren bei neurasthenischen, rheumatischen Beschwerden und bei nervöser Schlaflosigkeit von gutem Erfolg. Familienpflege entwickelt sich gut, die Nachfrage nach Pfleglingen groß. Durchschnittlich beschäftigt 33,72 % (32,87 % M. und 34,69 % Fr.).

Schwetz (128): Bestand am 1. April 1909: 569 (302 M. 267 Fr.). Zugang 249 (125 M. 124 Fr.). Abgang 102 (58 M. 44 Fr.). Bleibt Bestand 716 (369 M. 347 Fr.), davon 27 in Familienpflege. Vom Zugang litten 112 (45 M. 67 Fr.) an einfacher Seelenstörung, 16 (13 M. 3 Fr.) an Paralyse, 91 (44 M. 47 Fr.) an Imbezillität und Idiotie, 9 (8 M. 1 Fr.) an Epilepsie mit Seelenstörung, 4 Fr. an Hysterie. 9 (8 M. 1 Fr.) an Alkoholismus. Zur Beobachtung 8 (7 M. 1 Fr.), davon 5 M. 1 Fr. gemäß § 81. Dementia praecox bei 58 Fällen (29 M. 29 Fr.). Krankheitsdauer vor der Aufnahme bei 80 (40 M. 40 Fr.) von Jugend an, bei 25 (15 M. 10 Fr.) bis 1 Monat, bei 28 (10 M. 18 Fr.) 1—6, bei 7 (5 M. 2 Fr.) 6—12 Monate, bei 20 (6 M. 14 Fr.) 1—2 Jahre, sonst 2—45 Jahre. Heredität bei 74 (30 M. 44 Fr.). Kopfverletzung war 16 mal, Unfall 4 mal, Alkoholmißbrauch 23 mal, Lues 8 mal, Haft 3 mal, Wochenbett 5 mal Krankheitsursache. Mit dem Strafgesetz in Konflikt geraten 32 (27 M. 5 Fr.). Geheilt und gebessert 37 (20 M. 17 Fr.) und zwar 7 nach 1—2 Monaten, 18 nach 2—6 Monaten, 9 nach 6—12 Monaten; ungeheilt 12 (9 M. 3 Fr.); gestorben 45 (22 M. 23 Fr.) = 6,28 % aller Verpflegten. Tuberkulose war 2 mal Todesursache, Erschöpfung und Altersschwäche 16 mal, Erhängen 1 mal Todesursache. Familienpflege zurückgegangen, es fehlt an geeigneten Pflegestellen. 3 neugebaute Häuser für männliche Kranke in Betrieb genommen. Gesamtausgabe 364 065,98 M. Die Beköstigung kostet pro Kopf und Tag 56 Pfg.

Die Zahl der Geisteskranken, Idioten und Epileptiker ist in der Provinz Brandenburg (60) im Jahre 1909 um 498 Kranke gestiegen. Krankenbestand in den 9 Provinzialanstalten (Eberswalde, Sorau, Landsberg, Neuruppin, Teupitz, Wittstock, Lübben, Wilhelmstift und Anstalt für Epileptische in Potsdam) am 1. Januar 1909: 6751 (3484 M. 3267 Fr.), außerdem in Familienpflege 504 (301 M. 203 Fr.), zusammen 7255 (3785 M. 3470 Fr.). Bestand am 31. Dezember 1909 einschließlich Familienpflege und Privatanstalten 7753 (4028 M. 3725 Fr.). Die Zahl der Familienpfleglinge ist von 294 (150 M. 144 Fr.) auf 323 (161 M. 162 Fr.) gestiegen. Familienpflege ist bei allen Anstalten eingerichtet, nur nicht bei der Teupitzer Anstalt.



Eberswalde (73): Bestand am 1. Januar 1909: 979 (490 M. 489 Fr.). Zugang 355 (211 M. 144 Fr.). Abgang 382 (243 M. 139 Fr.). Bleibt Bestand 952 (458 M. 494 Fr.), davon 113 in Familienpflege. Vom Zugang litten 221 (112 M. 109 Fr.) an einfacher Seelenstörung, 61 (44 M. 17 Fr.) an Paralyse und organischen Psychosen anderer Art, 13 (7 M. 6 Fr.) an Seelenstörung mit Epilepsie, 20 (11 M. 9 Fr.) an Idiotie und Imbezillität, 32 (31 M. 1 Fr.) an Alkoholismus, 1 M. an Morphinismus, 3 (1 M. 2 Fr.) an Hysterie; nicht geisteskrank 4 zur Beobachtung aufgenommene Männer. Unter den aufgenommenen Männern 80 Trinker, unter den Frauen 3. Heredität bei 121 (69 M. 52 Fr.). Mit dem Strafgesetz in Konflikt geraten waren 63 M. = 33,4 % und 3 Fr. = 2 %. Geheilt und gebessert 151 (93 M. 58 Fr.), ungeheilt 124 (81 M. 43 Fr.), davon 115 in andere Anstalten. Gestorben 105 (67 M. 38 Fr.) = 7,8 % aller Verpflegten. Tuberkulose 15 mal, Krebs 2 mal Todesursache. Die Famillenpflege hat sich besonders nach Anstellung eines eigenen Arztes hierfür gut entwickelt und bewährt. Für die ländliche Familienpflege in Chorinchen und Umgebung ist ein verheirateter Wärter angestellt; ihm ist ein eigenes Stationshaus gebaut und darin ein Krankenzimmer zur vorübergehenden Aufnahme körperlich erkrankter oder psychisch veränderter Familienpfleglinge eingerichtet. Die Krankenbelegung ist nach Eröffnung von Teupitz jetzt auf die Normalzahl zurückgegangen. Gefordert wird ein besonderes Werkstättengebäude; geplant wird die Einrichtung von besonderen Räumen für das Wartpersonal zum Schlafen und Essen, die Einrichtung von Räumen für Übungstherapie, für einfache Turn- und Bewegungsübungen, die Erweiterung der Einrichtungen für Hydrotherapie. Der Anbau von Liegehallen an die Abteilungen für Halbruhige ist fertiggestellt und tut gute Dienste. Die wirksame Unterstützung des brandenburgischen Hilfsvereins für Geisteskranke bei Entlassungen von Kranken wird besonders hervorgehoben.

Haus Schönow (85): Bestand am 1. Jan. 1909: 98 (56 M. 42 Fr.). Zugang 748 (473 M. 275 Fr.). Abgang 736 (465 M. 271 Fr.). Bleibt Bestand 110 (64 M. 46 Fr.). Geheilt und gebessert 560 (338 M. 222 Fr.); ungebessert 175 (127 M. 48 Fr.); gestorben 1 M. Durchschnittliche Verpflegungsdauer für den einzelnen Kranken 50 Tage. Geheilt und gebessert 76,1 % (72,7 % M. 81,9 % Fr.), ungebessert, gestorben 23,9 % (27,3 % M. 18,1 % Fr.). Zur Behandlung kommen 78,5 % Neurosen, 9,8 % Psychosen, 8,6 % organische Erkrankungen des Zentralnervensystems, 1,9 % peripherische Nerven- und Muskelkrankheiten, 1,2% innere Krankheiten. Die Poliklinik besuchten 96 Kr. Bei der Krankenbehandlung fanden Luftbäder ausgedehnte Verwendung, ebenso Ruhekuren, Gymnastik und Turnerei. Gründung eines besonderen Arbeits- und Stellennachweises für entlassene Kranke der Heilstätte im Werke.

Die Deputation für die städtische Irrenpflege in Berlin plant die Einrichtung von Fürsorgestellen in verschiedenen Stadtgebieten. Sie sollen entlassenen Geisteskranken den Übertritt in geordnete Verhältnisse erleichtern; Rückfälle und Verschlechterungen des Zustandes, die zur Wiederaufnahme führen müßten, hofft man so einzuschränken.

Dalldorf (70): Bestand am 1. April 1909: 3721 (2168 M. 1553 Fr.). Zugang 1296 (931 M. 365 Fr.). Abgang 1849 (1329 M. 520 Fr.). Bleibt Bestand 3168 (177[illegible]



1398 Fr.), davon in der Hauptanstalt Dalldorf 1363 (810 M. 553 Fr.) (einschließlich 138 Kn. und 54 Md. in der Idiotenanstalt)), in den Filialen 1409 (730 M. 679 Fr.), in Familienpflege 396 (230 M. 166 Fr.). Vom Zugang litten 100 (56 M. 44 Fr.) = 6,02 % M. 12,09 % Fr. an seniler Geistesstörung, 130 (106 M. 24 Fr.) = 11,39 % M. 6,59 % Fr. an Paralyse, 425 (223 M. 202 Fr.) = 23,95 % M. 55,22 % Fr. an einfach-chronischer Geisteskrankheit, 182 (107 M. 75 Fr.) = 11,49 % M. 20,6 % Fr. an Idiotie und Imbezillität, 34 (28 M. 6 Fr.) = 3,01 % M. 1,65 % Fr. an Epilepsie mit Geistesstörung, 425 (411 M. 14 Fr.) = 14,14 % M. 3,85 % Fr. an chronischem und akutem Alkoholismus. Mit dem Strafgesetz waren in Konflikt geraten 138 (133 M. 5 Fr.). Als Trinker sind bezeichnet 450 (435 M. 15 Fr.). Aus der Fürsorge wurden aufgenommen 23 (5 Kn. 18 Md.) und zwar 1 mit Paralyse, 2 mit chronischer Geisteskrankheit, 1 mit Epilepsie, 14 mit Imbezillität und Idiotie. Zur Beobachtung kamen 29 (28 M. 1 Fr.). Geheilt und gebessert 946 (733 M. 213 Fr.), ungeheilt 559 (378 M. 181 Fr.). Gestorben 344 (218 M. 126 Fr.) = 6,85 % aller Verpflegten. Tuberkulose war 17 mal, Krebs 2 mal Todesursache. Die Beköstigung kostete pro Kopf und Tag 1,102 M.

Herzberge (87): Bestand 1654 (963 M. 691 Fr.), davon 1178 (701 M. 477 Fr.) in der Anstalt, 171 (103 M. 68 Fr.) in Familienpflege, 305 (159 M. 146 Fr.) in Privatanstalten. Zugang in der Anstalt 2565 (2160 M. 405 Fr.). Abgang 2540 (2148 M. 392 Fr.). Bleibt Bestand 1203 (713 M. 490 Fr.). Vom Zugang litten 1972 (1645 M. 327 Fr.) = 76,15 % M. 80,74 % Fr. an einfacher Seelenstörung, 159 (121 M. 38 Fr.) = 5,60 % M. 9,38 % Fr. an Paralyse, 252 (227 M. 25 Fr.) = 10,51 % M. 6,17 % Fr. an Seelenstörung mit Epilepsie und Hysterie, 154 (139 M. 15 Fr.) = 6,44 % M. 3,71 % Fr. an Idiotie und Imbezillität. Zur Beobachtung 28 M. Mit dem Strafgesetz in Konflikt geraten 973 (945 M. 28 Fr.). Gewohnheitsmäßig dem Alkoholmißbrauch ergeben 1529 (1498 M. 31 Fr.). Geheilt und gebessert 1775 (1609 M. 166 Fr.); ungeheilt 517 (422 M. 95 Fr.). Gestorben 220 (89 M. 131 Fr.). = 5 % aller Verpflegten. Tuberkulose 5mal, Krebs 2mal Todesursache. 1 Suicid. Dauernd bettlägerig wegen körperlicher Störungen durchschnittlich täglich 196 M. 66 Fr. Ihres psychischen Zustandes wegen täglich durchschnittlich 64 M. 123 Fr. mit Bettruhe behandelt. Beschäftigt durchschnittlich täglich 428 M. 167 Fr. Das abgeschlossene Haus der Frauenabteilung wegen Überfüllung der Anstalt immer noch mit aufsichtbedürftigen Männern belegt. Die Beköstigung kostete pro Kopf und Tag 1,02 M.

Buch (65): Bestand am 1. April 1909: 1806 (912 M. 894 Fr.), davon in der Anstalt 1637 (811 M. 826 Fr.), in der Familienpflege 73 (30 M. 43 Fr.), in Privatanstalten 96 (71 M. 25 Fr.). Zugang in der Anstalt 1106 (668 M. 438 Fr.). Zugang in Privatanstalten 17 M. Abgang 1101 (684 M. 417 Fr.). Bleibt Bestand in der Anstalt 1642 (795 M. 847 Fr.), dazu in Familienpflege 81 (42 M. 39 Fr.), in Privatanstalten 91 (66 M. 25 Fr.). Bleibt Gesamtbestand 1814 (903 M. 911 Fr.). Von Zugang litten 77 (22 M. 55 Fr.) an seniler Geisteskrankheit, 225 (161 M. 65 Fr.) an Paralyse. 432 (201 M. 231 Fr.) an einfach chronischer Geisteskrankheit, 106 (65 M. 41 Fr.) an Idiotie und Imbezillität, 73 (33 M. 40 Fr.) an epileptischer und hysterischer Seelenstörung, 209 (203 M. 6 Fr.) an Alkoholismus. Bei 287 (268 M. 19 Fr.) = 25,55%



Alkoholismus als Krankheitsursache oder Komplikation nachgewiesen. 229 (204 M. 25 Fr.) = 20,39 % waren mit dem Strafgesetz in Konflikt geraten. Zur Beobachtung gemäß § 81 10 M. Geheilt und gebessert 637 (399 M. 238 Fr.). Gestorben 263 (156 M. 107 Fr.) = 9,5 % der Verpflegten. Tuberkulose 21 mal (3 M. 18 Fr.) Todesursache, 30 mal (27 M. 3 Fr.) Komplikation. Beköstigung kostete pro Kopf und Tag 1,0197. Nach Fertigstellung des zweiten Verwahrungshauses — gebaut nach dem Typus des alten Verwahrungshauses, hat außer 10 Zellen 78 Betten — hat Buch jetzt 225 Betten für sicherer Obhut bedürftige männliche Patienten; Überwachungshaus 100 Betten, altes Verwahrungshaus 50, neues Verwahrungshaus 75 Betten. Im Überwachungshaus durchsägte ein Patient die Gitter seines im Erdgeschoß gelegenen Einzelzimmers und entkam. Eine IV. Oberarztstelle neu eingerichtet.

W u h l g a r t e n (152): Bestand am 1. April 1909: 1468 (947 M. 521 Fr.). Zugang 914 (738 M. 176 Fr.). Abgang 830 (694 M. 136 Fr.). Bleibt Bestand 1552, (991 M. 561 Fr.) u. zw. 1186 (687 M. 499 Fr.) in der Abteilung für Erwachsene 99 (54 Kn. 45 Md.) im Kinderhause, 249 (234 M. 15 Fr.) in Privatanstalten, 18 (16 M. 2 Fr.) in Privatpflege. Vom Zugang litten 704 (569 M. 130 Fr. 5 Md.) an Epilepsie, 28 M. an chronischem Alkoholismus, 39 (24 M. 15 Fr.) an Hysterie, 24 (20 M. 4 Fr.) an Hystero-Epilepsie, 41 (30 M. 10 Fr. 1 Kn.) an Imbezillität, Idiotie und anderen Geistesstörungen. Unter den 569 an Epilepsie leidenden Männern waren 175 Trinker, unter den 24 an Hysterie leidenden Männern 13, unter den 20 an Hystero-Epilepsie leidenden Männern 9 Trinker. Unter den 130 epileptischen Frauen 6 Trinkerinnen. Heredität, hauptsächlich Abstammung von trunksüchtigen Eltern bei den an Epilepsie und Hysterie Leidenden bei 57 % M. 51 % Fr. 100 % Md. Mit dem Strafgesetz waren in Konflikt geraten 67 % M. und 3 % Fr.). Entlassen 739 (636 M. 103 Fr.), davon 320 (259 M. 61 Fr.) in die eigene, 226 (200 M. 26 Fr.) in fremde Familien. Gestorben 91 (58 M. 33 Fr.) = 3,8 % aller Verpflegten. Tuberkulose 10 mal, Krebs 3 mal Todesursache. 53 Entweichungen, meist aus offenen Landhäusern. Zahl der Fürsorgezöglinge hat zugenommen. Die Beköstigung kostet pro Kopf und Tag 0,868897 M.

W a l d f r i e d e n (144): Mit zahlreichen Illustrationen versehener Bericht über Entstehung und Entwicklung der Heilstätte seit ihrer Eröffnung am 13. Juli 1900. Die Anstalt untersteht psychiatrischer Leitung und verfügt seit 5 Jahren über offene und geschlossene Abteilungen. Areal 470 Morgen. Aufgenommen werden auch trunksüchtige Geisteskranke. Es wird die Hoffnung ausgesprochen, daß mit der Zeit alle Alkoholkranken, auch die jetzt noch in Irrenanstalten verpflegten, Spezialanstalten für Alkoholkranke zugewiesen werden; die Erziehung zur Abstinenz durch Wort und Tat, individualisierende Behandlung ist hier leichter und besser möglich als in den Irrenanstalten. Zugang in den 10 Jahren 1674, darunter 1260 freiwillig eingetretene Kranke. Abgang 1536. Bleibt Bestand 138. Jüngster Patient 17 jährig, ältester 82. 50,8 % mit Erfolg behandelt.

L a u e n b u r g (98): Bestand am 1. April 1909: 707 (381 M. 326 Fr.). Zugang 206 (105 M. 101 Fr.). Abgang 203 (107 M. 96 Fr.) bleibt Bestand 710 (379 M. 331 Fr.). In Familienpflege bei 3 Pflegerfamilien 7 Fr. Verhältnisse



zur Ausbildung der Familienpflege ungünstig. Zur Beobachtung 15 Kr.; 11 M. gemäß § 81, davon 5 geisteskrank. Vom Zugang litten 4 (2 M. 2 Fr.) an Imbezillität und Idiotie, 145 (60 M. 85 Fr.) an einfacher Seelenstörung, 18 (6 M. 12 Fr.) an Seelenstörung im Senium, nach Trauma, Arteriosklerose, Apoplexie, 9 M. an Paralyse, 10 M. an Seelenstörung nach Alkoholismus. Genesen und gebessert 88 (45 M. 43 Fr.), ungeheilt 52 (29 M. 23 Fr.), davon 25 (17 M. 8 Fr.) in die Familienpflege Linzgarten bei Ueckermünde. Gestorben 51 (22 M. 29 Fr.) = 5,95 % aller Verpflegten. Paralyse 11 mal (9 M. 2 Fr.), Tuberkulose 7 mal (4 M. 3 Fr.), Typhus 2 mal (1 M. 1 Fr.) Todesursache. Nachdem 2 Typhusbazillenträgerinnen als solche erkannt und isoliert worden, sind Typhusfälle nicht mehr vorgekommen. Regelmäßig beschäftigt 46 % M. und 42 % Fr. 10 Wachabteilungen, auf jeder Geschlechtsseite 5. Kurzer Überblick über die Entwicklung des Irrenwesens in Pommern sowie eine Beschreibung der Lauenburger Anstalt in Wort und Bild sind dem Bericht beigefügt.

Kückenmühler Anstalten (134): Bestand am 1. April 1909: 1091 (568 M. 523 Fr.). Zugang 148 (84 M. 64 Fr.). Abgang 142 (79 M. 63 Fr.). Bleibt Bestand 1097 (573 M. 524 Fr.), davon 726 (385 M. 341 Fr.) meist mit Idiotie und Imbezillität und 371 (188 M. 183 Fr.) mit Epilepsie; 4 Fälle mit Dementia praecox, 1 Fall mit Dementia senilis, 2 mit Hysterie und 5 mit Alkoholismus. Vom Gesamtzugang 46,7 % erblich belastet und zwar 14,1 % der männl. und 16,3 % der weiblichen Schwachsinnigen und 8,1 % der männl. und 7,4 % der weibl. Epileptiker. Direkte Heredität durch Trunksucht = 17 %. Gebessert 18 (12 M. 6 Fr.), ungeheilt 34 (19 M. 15 Fr.). Gestorben 90 (48 M. 42 Fr.) = 7,3 % der Verpflegten. Epilepsie 13 mal, Tuberkulose 25 mal Todesursache. Chirurgischer Eingriff bei 2 Epileptischen ohne Erfolg. Zahl der Bildungsfähigen gering. Unter den Aufgenommenen 9 (3 Kn. 6 Md.) Fürsorgezöglinge.

Dziekanka (72): Bestand am 1. April 1909: 722 (383 M. 339 Fr.). Zugang 165 (89 M. 76 Fr.). Abgang 209 (108 M. 101 Fr.). Bleibt Bestand 678 (364 M. 314 Fr.). Vom Zugang litten 4 Fr. an Manie, 12 (4 M. 8 Fr.) an Melancholie, 2 M. an manisch-depressivem Irresein, 5 M. an Paranoia acuta, 5 (2 M. 3 Fr.) an Psychosis periodica, 44 (20 M. 24 Fr.) an Dementia praecox, 7 (4 M. 3 Fr.) an Amentia acuta, 33 (13 M. 20 Fr.) an Dementia et Paranoia chronica, 12 (10 M. 2 Fr.) an Dementia paralytica, 5 (3 M. 2 Fr.) an Dementia senilis, 11 M. an Alkoholismus, 4 M. an Geisteskrankheit nach Kopfverletzung, 5 (1 M. 4 Fr.) an Seelenstörung mit Epilepsie und Hysterie, 11 (6 M. 5 Fr.) an Idiotie, Imbezillität; nicht geisteskrank 5 (4 M. 1 Fr.). Krankheitsdauer vor der Aufnahme bei 42 (21 M. 21 Fr.) bis 1 Monat, bei 16 (6 M. 10 Fr.) 2—3 Monate, bei 3 (2 M. 1 Fr.) 3—6 Monate, bei 12 (4 M. 8 Fr.) 6—12 Monate, bei den übrigen Aufnahmen bis zu 2 Jahren und darüber. Heredität bei 57 (33 M. 24 Fr.) = 35 % (38 % M. 32 % Fr.). Mit dem Strafgesetz waren in Konflikt geraten 16 (14 M. 2 Fr.). Zur Beobachtung gemäß § 81 kamen 6 M. Geheilt und gebessert 75 (50 M. 25 Fr.); ungeheilt 90 (33 M. 57 Fr.), davon 19 M. u. 34 Fr. nach Obrawalde; nicht geisteskrank 5 (4 M. 1 Fr.); gestorben 39 (21 M. 18 Fr.) = 4,4 % aller Verpflegten. Tuberkulose war bei 15 (7 M. 8 Fr.) Todesursache, Paralyse bei 7 (6 M. 1 Fr.) Todesursache. Beschäftigt durchschnittlich 39 % in üblicher Weise. Gesamtausgabe 388 019,99 M. pro Kopf und Jahr 558,60 M.



Obrawalde (110): Bestand am 1. April 1909: 702 (371 M. 331 Fr.). Zugang 268 (126 M. 142 Fr.). Abgang 108 (61 M. 47 Fr.). Bleibt Bestand 862 (436 M. 426 Fr.), davon in Familienpflege bei verheirateten Pflegern 36 Kr. Vom Zugang litten 211 (91 M. 120 Fr.) an einfacher Seelenstörung, 10 (8 M. 2 Fr.) an Paralyse, 3 M. an alkoholischer, 13 (4 M. 9 Fr.) an epileptischer, 2 Fr. an hysterischer Seelenstörung, 27 (18 M. 9 Fr.) an Imbezillität und Idiotie; nicht geisteskrank 2 M. Krankheitsdauer vor der Aufnahme bei 26 (11 M. 16 Fr.) bis 1 Monat, bei 35 (14 M. 21 Fr.) 2—3, bei 11 (7 M. 4 Fr.) bis zu 6, bei 25 (8 M. 17 Fr.) bis zu 12 Monaten, bei 23 (12 M. 11 Fr.) bis zu 2 Jahren, bei 106 (41 M. 65 Fr.) mehr als 2 Jahre, bei 27 (18 M. 9 Fr.) von Jugend auf; unbekannt bei 13 M. Heredität bei 99 (45 M. 54 Fr.). Mit dem Strafgesetz in Konflikt geraten waren 54 (41 M. 13 Fr.). Zur Beobachtung 11 (10 M. 1 Fr.). Geheilt und gebessert 41 (22 M. 19 Fr.), ungeheilt 20 (15 M. 5 Fr.), gestorben 45 (22 M. 23 Fr.) = 4,6 % der Verpflegten. Tuberkulose war 12 mal (3 M. 9 Fr.), Paralyse bei 3 M., Ruhr bei 1 M. Todesursache. 2 Typhusfälle, Entstehungsursache unbekannt.

Das gesamte Anstaltsgelände ist 143,76 ha groß, davon 116,21 ha Gutsgelände und 27,55 Anstaltsgebiet, 2 neugebaute Aufnahmehäuser und 2 Häuser für Unruhige in Betrieb genommen; letztere unterscheiden sich von ersteren nur durch größere Sicherung der Fenster (engere eiserne Sprossen, dickeres Glas, andere Fensterverschlüsse). Gärten der Häuser für Unruhige von 4 Meter hoher Mauer umgeben. Moderner Wachsaalbetrieb mit entsprechender Dauerbadeinrichtung und Gelegenheit zur Bettbehandlung im Freien. Pfleger schlafen in besonderen Räumen mit Zugang vom Krankensaal und vom Flur aus. Zentrale Warmwasserbereitung seit November 1909 in Betrieb; sie bewährt sich besser als die frühere Warmwasserbereitung in den einzelnen Häusern durch zugeführten Dampf.

Owinsk (112): Bestand am 1. April 1909: 705 (327 M. 378 Fr.). Zugang 162 (94 M. 68 Fr.). Abgang 168 (95 M. 73 Fr.). Bleibt Bestand 699 (326 M. 373 Fr.). Vom Zugang litten 50 (24 M. 26 Fr.) an Paranoia, 35 an Dementia praecox, 13 (6 M. 7 Fr.) an manisch-depressivem Irresein, 15 (3 M. 12Fr.) an Melancholie, 13 (12 M. 1 Fr.) an Paralyse, 11 M. an Imbezillität und Idiotie, 1 Fr. an Amentia, 4 (2 M. 2 Fr.) an hysterischem Irresein, 3 M. an Epilepsie mit Seelenstörung, 2 (1 M. 1 Fr.) an Dementia secundaria, 4 (2 M. 2 Fr.) an Dementia senilis, 8 (6 M. 2 Fr.) Alkoholismus; nicht geisteskrank 1 M. Krankheitsdauer vor der Aufnahme bei 33 (18 M. 15 Fr.) 1 Monat, bei 17 (9 M. 8 Fr.) 2 Monate, bei 17 (8 M. 9 Fr.) 3 Monate, bei 14 (8 M. 6 Fr.) 3—6, bei 8 (5 M. 3 Fr.) 6—12 Monate, sonst 1—2 und mehr Jahre. Heredität bei 18 % (14 % M. 23,5 % Fr.). Mit dem Strafgesetz in Konflikt geraten waren 26 M. und 1 Fr. Zur Beobachtung kamen 7 (6 M. 1 Fr.). Geheilt und gebessert 81 (48 M. 33 Fr.); ungeheilt 34 (17 M. 17 Fr.); nicht geisteskrank 2 (1 M. 1 Fr.); gestorben 51 (29 M. 22 Fr.) = 5,5 % aller Verpflegten. Tuberkulose war 17 mal (8 M. 9 Fr.) Todesursache. 21 Kr. haben die Anstalt innerhalb von 3 Monaten, 40 Kr. innerhalb eines Jahres geheilt oder gebessert verlassen. Beschäftigt waren durchschnittlich 50 % der Verpflegten. 3 Typhusfälle, ausgehend von einer geisteskranken Bazillenträgerin. Gesamtausgabe 379 840,03 M. und pro Kopf und Jahr 533,78 M.



Breslau (62): Bestand am 1. April 1909: 203 (107 M. 96 Fr.). Zugang 892 (624 M. 268 Fr.). Abgang 901 (622 M. 279 Fr.). Bleibt Bestand 194 (109 M. 85 Fr.). Vom Zugang litten 203 (109 M. 94 Fr.) an einfach-erworbenen Psychosen, 59 (32 M. 27 Fr.) an konstitutionellen Psychosen, 89 (52 M. 37 Fr.) an epileptisch-hysterischen Formen, 331 (294 M. 37 Fr.) an alkoholischen und anderen Intoxikat.-Psychosen, 210 (137 M. 73 Fr.) an paralytischer, seniler und sonstiger organischer Geisteskrankheit. Heredität bei 28 % M. und 26 % Fr. Mit dem Strafgesetz in Konflikt geraten waren 131 (115 M. 16 Fr.); in der Strafhaft erkrankt 21 (15 M. 6 Fr.); in der Psychose bestraft 8 (6 M. 2 Fr.). Geheilt und gebessert 513 (396 M. 117 Fr.); ungeheilt 279 (151 M. 128 Fr.), davon 197 (98 M. 99 Fr.) in andere Anstalten. Gestorben 109 (75 M. 34 Fr.) = 10 % aller Verpflegten. Verbesserungen in Dienst- und Lohnverhältnissen verringern den Wechsel des Krankenpflegerpersonals mehr und mehr. In Familienpflege 15 (7 M. 8 Fr.). In der neueingerichteten Poliklinik für Nervenkrankheiten 141 (58 M. 83 Fr.) behandelt. Damit verbunden eine Sprechstunde für Alkoholkranke (59 Fälle). In der Unfallstation 106 Fälle. Reisebericht über Einrichtung von Wachabteilungen und Dauerbädern an Irrenanstalten und ihre Bewährung mit Rücksicht auf zellenlose Behandlung und Verbrauch von Medikamenten von Dr. *Nicolauer* als Anhang.

Brieg (63): Bestand am 1. April 1909: 545 (270 M. 275 Fr.). Zugang 109 (52 M. 57 Fr.). Abgang 111 (44 M. 67 Fr.). Bleibt Bestand 543 (278 M. 265 Fr.), davon in Familienpflege 41 (22 M. 19 Fr.) bei 21 Familien. Vom Zugang litten 76 (28 M. 48 Fr.) an einfacher Seelenstörung, 16 (15 M. 1 Fr.) an Paralyse, 4 (1 M. 3 Fr.) an Epilepsie mit Seelenstörung, 10 (6 M. 4 Fr). an Imbezillität, Idiotie; 3 (2 M. 1 Fr.) nicht geisteskrank. Die meisten Aufnahmen standen im vierten Jahrzehnt, dann folgte das dritte, hierauf das fünfte Jahrzehnt; unter den ledigen Aufnahmen überwiegen die Frauen, unter den Verwitweten ebenfalls außerordentlich die Frauen. Krankheitsdauer vor der Aufnahme bei 10 (3 M. 7 Fr.) bis zu 1 Monat, bei 25 (12 M. 13 Fr.) 1—6 Monat, bei 12 (4 M. 8 Fr.) bis zu 1 Jahr, bei 11. (6 M. 5 Fr). 1—2 Jahre, bei 33 (17 M. 16 Fr.) über 2 Jahre; angeboren bei 10 (7 M. 3 Fr.), unbekannt bei 4 (1 M. 3 Fr.). Heredität bei 41,9 % (40 % M. 43,64 % Fr.). Lues bei 3 M., Senium, Haft, Kopfverletzung, Unfall, Arterienverkalkung, Trunksucht bei je 1 M., Schwangerschaft und Laktation bei 3 Fr. Krankheitsursache. Mit dem Strafgesetz waren in Konflikt geraten 23 (16 M. 7 Fr.) = 21,1 % aller Aufnahmen. Zur Beobachtung 7 (4 M. 3 Fr.). Geheilt und gebessert 41 (20 M. 21 Fr.), ungeheilt 39 (13 M. 26 Fr.), nicht geisteskrank 3 (2 M. 1 Fr.). Gestorben 28 (9 M. 19 Fr.) = 4,48 % aller Verpflegten. Tuberkulose 7 mal, Paralyse 6 mal, Erstickung während eines epileptischen Anfalls 1 mal Todesursache. 2 eingeschleppte Fälle von Ruhr. 57,61 % M. und 55 % Fr. regelmäßig beschäftigt. Waschküchenneubau noch nicht vollendet. Gesamtausgabe 311 454,32 M.

Bunzlau (66): Bestand am 1. April 1909: 601 (353 M. 248 Fr.). Zugang 150 (54 M. 96 Fr.). Abgang 114 (60 M. 54 Fr.). Bleibt Bestand 637 (347 M. 290 Fr.). 18,4 % der männlichen Aufnahmen litt an Paralyse, von den Frauen waren nur 2 paralytisch. 10 % der Frauen bei der Aufnahme über 70 Jahre alt. Bei 6 Männern Alkoholmißbrauch Krankheitsursache. Eine Frau mit manisch-depressivem Irre-



sein aufgenommen, deren Ehemann und Tochter sich ebenfalls wegen manisch-depressiven Irreseins in der Anstalt befanden; außerdem 2 Fälle derselben spezifischen Vererbung Mutter und Tochter betreffend. 9 (6 M. 3 Fr.) zur Beobachtung. Geheilt und gebessert 21 (13 M. 8 Fr.). Gestorben 42 = 5,6 % aller Verpflegten. Tuberkulose häufig Todesursache. 6 Bazillenträgerinnen nachweisbar isoliert, scheiden immer noch im Stuhl Typhusbazillen aus; ihre Pflegerin erkrankte selbst schwer an Typhus. 14 Fälle von Dysenterie. 1 Fall von Diphtherie. In Familienpflege 42 (25 M. 17 Fr.). Umbau der Anstalt schreitet fort. Fertig ein neues Krankenhaus für 64 M. Gesamtausgabe 389 850,59 M.

Freiburg (80): Bestand am 1. April 1909: 753 (361 M. 392 Fr.), außerdem 2 Fr. in Familienpflege. Zugang 121 (60 M. 61 Fr.), davon 15 (14 M. 1 Fr.) mit Idiotie, 2 M. mit Idiotie und Epilepsie, 7 (2 M. 5 Fr.) mit Imbezillität, 1 Fr. mit Imbezillität und Epilepsie, 30 (19 M. 11 Fr.) mit Epilepsie ohne und mit Seelenstörung, 56 (20 M. 36 Fr.) mit einfacher Seelenstörung, 7 (1 M. 6 Fr.) mit Paralyse. 3 (2 M. 1 Fr.) nicht geisteskrank. Krankheitsdauer vor der Aufnahme bei einfacher Seelenstörung und Paralyse: bei 16 (5 M. 11 Fr.) bis 3 Monate, bei 9 (4 M. 5 Fr.) 3—6, bei 13 (2 M. 11 Fr.) 6—12 Monate, bei 4 (2 M. 2 Fr.) 1—2 Jahre, bei 14 (3 M. 11 Fr.) über 2 Jahre; unbekannt bei 7 (5 M. 2 Fr.). Krankheitsdauer vor der Aufnahme bei Epilepsie: bei 7 (3 M. 4 Fr.) 1—3, bei 11 (10 M. 1 Fr.) 3—10, bei 6 (2 M. 4 Fr.) 10—20 Jahre, bei 3 M. über 20 Jahre; unbekannt bei 3 (1 M. 2 Fr.). 12 mal hat die Epilepsie im Alter von 7—14 Jahren, 7 mal im Alter von 15—25 Jahren, je 3mal im Alter bis zu 6 und über 40 Jahren, 2mal im Alter von 26—40 Jahren begonnen. Heredität bei 39 (20 M. 19 Fr.). Kopftrauma 7 mal, Lues 3 mal, Senium 5 mal, Geburt, Gravidität 3 mal, Potus 2 mal; Schreck bei Epilepsie 5 mal Krankheitsursache. Mit dem Strafgesetz in Konflikt geraten 13 (8 M. 5 Fr.). Haft 1 mal Krankheitsursache. Zur Beobachtung 9 (8 M. 1 Fr.). Geheilt und gebessert 29 (17 M. 12 Fr.), ungeheilt 51 (25 M. 26 K). Gestorben 42 (19 M. 23 Fr.) = 5 %, aller Verpflegten. Tuberkulose 3 mal,).rebs 1 mal Todesursache. Krankenzahl am Jahressschluß 723 (347 M. 376 Fr. Umbau der Kapelle Erweiterung der Koch- und Waschkücheneinrichtung. Im Bau vier „Pflegerhäuser" mit Familienwohnungen für Pfleger und Räumen für Familienpfleglinge. Krankenhaus für 45 unruhige Frauen noch unvollendet. Gesamtausgabe 392 269,28 M.

Kreuzburg (94): Bestand am 1. April 1909: 669 (387 M. 282 Fr.). Zugang 102 (56 M. 46 Fr.). Abgang 128 (63 M. 65 Fr.). Bleibt Bestand 643 (380 M. 263 Fr.), hiervon 12 (9 M. 3 Fr.) in Familienpflege. Vom Zugang litten 79 (39 M. 40 Fr.) an einfacher Seelenstörung, 7 (5 M. 2 Fr.) an Paralyse, 5 (3 M. 2 Fr.) an Seelenstörung mit Epilepsie, 1 Fr. an Imbezillität, 1 M. an Alkoholismus, 1 M. an Chorea, 1 M. an multipler Sklerose, 6 (5 M. 1 Fr.) nicht geisteskrank. Krankheitsdauer vor der Aufnahme bei 13 (8 M. 5 Fr.) bis zu 1 Monat, bei 6 (2 M. 4 Fr.) bis zu 3, bei 16 (9 M. 7 Fr.) 4—6, bei 19 (11 M. 8 Fr.) 7—12 Monate, bei 15 (9 M. 6 Fr.) 1—2 Jahre, bei 24 (10 M. 14 Fr.) über 2 Jahre, von Jugend auf bei 1 Fr. Heredität bei 43 (21 M. 22 Fr.). Trauma bei 3 M., Lues bei 1 M., Haft bei 3 M. Potus bei 8 (7 M. 1 Fr.), Senium bei 3 Fr.), Entbindung und Influenza bei je 1 Fr. Krankheitsursache. Mit dem Strafgesetz in Konflikt geraten 28 (25 M. 3 Fr.).

Leubus (99): In der öffentlichen Anstalt am 1. April 1909: 711 (352 M. 359 Fr.). Zugang 261 (139 M. 122 Fr.). Abgang 207 (88 M. 119 Fr.). Bleibt Bestand 765 (403 M. 362 Fr.), davon 144 (73 M. 71 Fr.) in der alten Anstalt. Vom Zugang litten 188 (90 M. 98 Fr.) an einfacher Seelenstörung, 37 (28 M. 9 Fr.) an Paralyse, 23 (13 M. 10 Fr.) an Seelenstörung mit Epilepsie, 10 (6 M. 4 Fr.) an Idiotie und Imbezillität; nicht geisteskrank 3 (2 M. 1 Fr.). Krankheitsdauer vor der Aufnahme bei 9 (4 M. 5 Fr.) bis 1 Monat, bei 12 (5 M. 7 Fr.) 1—3, bei 24 (14 M. 10 Fr.) 3—6, bei 35 (20 M. 15 Fr.) 6—12 Monate, bei 148 (77 M. 71 Fr.) über 1 Jahr, bei 10 (5 M. 5 Fr.) von Kindheit auf; unbekannt bei 20 (12 M. 8 Fr.). Heredität bei 37,2 % aller Aufgenommenen. Lues bei 13 (11 M. 2 Fr.), Alkoholismus bei 22 (19 M. 3 Fr.), Kopfverletzung bei 14 (11 M. 3 Fr.), Senium bei 10 (1 M. 9 Fr.), Puerperium, Laktation bei 4 Fr., Strafhaft bei 2 M., Kohlenoxydgas bei 1 Fr. Krankheitsursache. Mit dem Strafgesetz in Konflikt geraten 35 (30 M. 5 Fr.). Zur Beobachtung gemäß § 81 kamen 6 (4 M. 2 Fr.). Geheilt und gebessert 57 (20 M. 37 Fr.), ungeheilt 73 (32 M. 41 Fr.), davon 40 (10 M. 30 Fr.) in andere Anstalten, nicht geisteskrank 3 (2 M. 1 Fr.), gestorben 74 (34 M. 40 Fr.) = 7,6 % aller Verpflegten. Paralyse 12 mal, Tuberkulose 5 mal, Krebs 3 mal, Ruhr 10 mal Todesursache. Ruhr in der neuen Anstalt in Städtel-Leubus noch nicht erloschen. 50 Ruhrerkrankungen. 25 Entweichungen ohne nachteilige Folgen. In Familienpflege befanden sich am Jahresschluß 10 (8 M. 2 Fr.). Gesamtausgabe 526 009,84 M.

In der Pensionsanstalt befanden sich am 1. April 1909: 57 (25 M. 32 Fr.). Zugang 16 (9 M. 7 Fr.). Abgang 22 (10 M. 12 Fr.). Bleibt Bestand 51 (24 M. 27 Fr.). Vom Zugang litten 10 (4 M. 6 Fr.) an einfacher Seelenstörung, 5 M. an Paralyse. Heredität bei 31,3 % der Aufnahmen. Lues 3 mal, Wochenbett 1 mal Krankheitsursache. Krankheitsdauer vor der Aufnahme bei 4 (1 M. 3 Fr.) bis 6, bei 3 M. 6—12 Monate, sonst 1—5 und mehr Jahre. Gebessert 10 (3 M. 7 Fr.), ungeheilt 8 (5 M. 3 Fr.), nicht geisteskrank 1 Fr., gestorben 3 (2 M. 1 Fr.) = 4,1 % der Verpflegten. Paralyse 1 mal, Krebs 1 mal Todesursache.

Lüben (102): Am 16. November 1905 sind die ersten 24 Kr. aufgenommen. Zugang bis zum 31. März 1910: 1742 (929 M. 813 Fr.), davon 862 (458 M. 404 Fr.) aus anderen Anstalten. Abgang in den 5 Jahren 837 (488 M. 349 Fr.). Bestand am 1. April 1910: 905 (440 M. 465 Fr.). Heredität beim Zugang durchschnittlich 35,7 %. Trunksucht war Krankheitsursache durchschnittlich bei 11,3 % (anfangs 8,8 %; 1908 und 1909: 17,0 % und 12,1 %). Mit dem Strafgesetz in Konflikt geraten waren 1906: 74 (62 M. 12 Fr.); 1907: 64 (49 M. 15 Fr.); 1908: 46 (39 M. 7 Fr.); 1909: 55 (48 M. 7 Fr.). Geheilt und gebessert seit Eröffnung der Anstalt 358 (212 M. 146 Fr.). Mortalität 1905: 2,2 %; 1906: 7,4 %; 1907: 8,4 %; 1908: 9 %; 1909: 7,7 %.

Eine mit zahlreichen Abbildungen und Grundrissen versehene Beschreibung der Anstalt von Landesbaurat Blümner ist dem Bericht beigefügt. Der Bau der Anstalt ist 1902 begonnen. Gesamtkosten 4 356 000 M.; pro Bett rund 3630 M.

Tost (140): Bestand am 1. April 1909: 615 (282 M. 333 Fr.). Zugang 93 (54 M. 39 Fr.). Abgang 116 (65 M. 51 Fr.). Bleibt Bestand 592 (271 M. 321 Fr.).



davon in Familienpflege 5 (1 M. 4 Fr.), beurlaubt 16 (11 M. 5 Fr.). Vom Zugang litten 70 (35 M. 35 Fr.) an einfacher Seelenstörung, 13 (12 M. 1 Fr.) an Paralyse. 3 (1 M. 2 Fr.) an Epilepsie, 1 M. an Hysterie mit Seelenstörung, 1 Fr. an Imbezillität; nicht geisteskrank 5 M., davon 4 zur Beobachtung. Krankheitsdauer vor der Aufnahme bei 11 (3 M. 8 Fr.) bis 1 Monat, bei 13 (4 M. 9 Fr.) 1—3, bei 11 (6 M. 5 Fr.) 3—6, bei 5 (4 M. 1 Fr.) 6—12 Monate, bei 8 (4 M. 4 Fr.) 1—2 Jahre, bei 39 (28 M. 11 Fr.) über 2 Jahre, von Jugend auf bei 1 Fr.). Heredität bei 28 (17 M. 11 Fr.). Mit dem Strafgesetz in Konflikt geraten waren 21 (17 M. 4 Fr.). Potus bei 16 (14 M. 2 Fr.), Haft bei 7 (6 M. 1 Fr.), Lues bei 4 M., Trauma bei 1 Fr., Gemütsbewegung bei 8 (3 M. 5 Fr.), Senium bei 4 Fr., Potus, Wochenbett, Laktation 5 mal Krankheitsursache. Geheilt und gebessert 31 (17 M. 14 Fr.); ungeheilt 8 (5 M. 3 Fr.), in andere Anstalten 47 (26 M. 21 Fr.); nicht geisteskrank 6 (5 M. 1 Fr.). Gestorben 13 (11 M. 12 Fr.) = 3,29 % aller Verpflegten. Paralyse 6 mal (5 M. 1 Fr.) Tuberkulose 4 mal (2 M. 2 Fr.). Künstliche Ernährung bei 4 M. und 1 Fr. kurze Zeit. Regelmäßig beschäftigt 53 % M. und 49 % Fr. Gesamtausgabe 332 731,16 M.

N e u s t a d t (107): Bestand am 1. April 1909: 890 (514 M. 376 Fr.). Zugang 198 (91 M. 107 Fr.). Abgang 138 (88 M. 50 Fr.). Bleibt Bestand 956 (517 M. 433 Fr.), davon in Familienpflege 64 (14 M. 50 Fr.). Vom Zugang litten 114 (40 M. 74 Fr.) an einfacher Seelenstörung, 21 (16 M. 5 Fr.) an Paralyse, 36 (20 M. 16 Fr.) an Imbezillität, Idiotie, 14 (5 M. 9 Fr.) an Epilepsie mit und ohne Seelenstörung, 2 (1 M. 1 Fr.) an Hysterie, 1 Fr. an Neurasthenie, 8 M. an Alkoholismus; nicht geisteskrank 2 (1 M. 1 Fr.). Geheilt und gebessert 59 (45 M. 24 Fr.); ungeheilt 11 (8 M. 3 Fr.), davon 4 (1 M. 3 Fr.) in die Familie; nicht geisteskrank 1 M.; gestorben 67 (34 M. 33 Fr.) = 6 % aller Verpflegten. Tuberkulose war 9 mal (2 M. 7 Fr.), Paralyse 13 mal (9 M. 4 Fr.) Todesursache. Qualität der aufgenommenen Kranken ungünstig: von den Männern 24,2 % unruhig, 17,6 % unrein, 33,1 % kriminell; von den Frauen 28 % unruhig, 17,8 % unrein, 4,7 % kriminell. Die zunehmende Zahl von Fürsorgezöglingen macht größere Schwierigkeiten und schädigt den Krankenhauscharakter der einzelnen Abteilungen. Ins feste Haus sind 25 Kr. aufgenommen, da nur 7 entlassen werden konnten, mußten 16 Kr. aus dem festen Haus auf andere Abteilungen verlegt werden, was wieder zu bedenklicher Unsicherheit geführt hat: gemeinsamer Ausbruch von 3 Kranken, die aus dem festen Haus in andere Abteilungen hatten verlegt werden müssen. Aus dem festen Haus entwich 1 Kr., der sich besonders aus dem Blech einer Mundharmonika Nachschlüssel und Ausbruchswerkzeuge hergestellt hatte. Einrichtung von neuen Wachabteilungen mit Dauerbadeeinrichtung; 6 Wachabteilungen auf jeder Geschlechtsseite. Auf die Vorteile des Wachsaalbetriebes wird besonders hingewiesen. 3 Beamtenwohnhäuser sind neugebaut und in Benutzung genommen. Gesamtausgabe 558 601,46 M. Die tägliche Verpflegungsportion hat pro Kopf durchschnittlich 0,5235 M. gekostet (für Kranke 0,478 M., für Wart- und Dienstpersonal 0,728 M.).

S c h l e s w i g (126): Bestand am 1. April 1909: 1031 (562 M. 469 Fr.), davon 2 Fr. in Familienpflege. Zugang 394 (197 M. 197 Fr.). Abgang 371 (192 M. 197 Fr.). Bleibt Bestand 1054 (567 M. 487 Fr.). Vom Zugang litten 315 (143 M.



172 Fr.) an einfacher Seelenstörung, 30 (28 M. 2 Fr.) an Paralyse, 19 (7 M. 12 Fr.) an Seelenstörung mit Epilepsie, 22 (11 M. 11 Fr.) an Imbezillität, Idiotie, 5 M. an Delir. pot.; nicht geisteskrank 3 M. Krankheitsdauer vor der Aufnahme bei 117 (50 M. 67 Fr.) 1—6, bei 48 (29 M. 19 Fr.) 6—12 Monate, bei 71 (37 M. 34 Fr.) 1—2 Jahre, bei 133 (67 M. 66 Fr.) 2—10 Jahre und länger; angeboren bei 22 (11 M. 11 Fr.). Heredität bei 124 (62 M. 62 Fr.). Trauma war bei 3 M., Lues bei 7 (6 M. 1 Fr.), Alkoholismus bei 26 (24 M. 2 Fr.), Senium bei 10 (6 M. 4 Fr.), Schwangerschaft, Wochenbett, Klimakterium 12 mal Krankheitsursache. Zur Beobachtung 14 (12 M. 2 Fr.), davon nicht geisteskrank 4 M. Geheilt und gebessert 160 (86 M. 74 Fr.); ungeheilt 99 (42 M. 37 Fr.); nicht geisteskrank 4 M.; gestorben 108 (60 M. 48 Fr.) = 7,5 % aller Verpflegten. Tuberkulose war 21 mal (8 M. 13 Fr.) Todesursache. Aufbesserung der Ärzte- und Beamtengehälter mit Nachzahlung vom 1. April 1908 ab; damit Gleichstellung mit den entsprechenden Stellen der direkten Staatsverwaltung erreicht. Den verheirateten Wärtern ist es gestattet, ihre Mahlzeiten zu Hause einzunehmen, sie erhalten dazu eine angemessene Entschädigung. Die tägliche Verpflegungsportion hat im Durchschnitt 66,26 Pf. gekostet. Gesamtausgabe 777 280,09 M.

In der Provinzial-Idiotenanstalt zu Schleswig (127) befanden sich zu Beginn des Berichtsjahres 305 (194 M. 111 Fr.). Zugang 50 (26 M. 24 Fr.). Abgang 24 (13 M. 11 Fr.). Bleibt Bestand 331 (207 M. 124 Fr.), davon 7 (5 M. 2 Fr.) in Familienpflege in Schleswig. Vom Krankenbestand am Jahresschluß litten 189 (110 M. 79 Fr.) an Idiotie, 142 (97 M. 45 Fr.) an Imbezillität. An Krampfanfällen litten 30 (21 M. 9 Fr.). 48,46 % des Bestandes über 16 Jahre alt. Vom Zugang litten 34 (19 M. 15 Fr.) an Idiotie, 16 (7 M. 9 Fr.) an Imbezillität. 25 (17 M. 8 Fr.) waren unreinlich. Am Unterricht nahmen Teil 96 (63 M. 33 Fr.), konfirmiert sind 4 M. Gebessert entlassen 5 (3 M. 2 Fr.), nicht gebessert 8 (3 M. 5 Fr.), gestorben 11 (7 M. 4 Fr.). Tuberkulose einmal Todesursache. Ein Selbstmord durch Ertränken. Verpflegungskosten pro Tag für Kranke 34,40 Pf., für Wartepersonal 85,90 Pf. Gesamtausgabe 190 981,45 M.

Am 1. April 1910 hat die Gesamtzahl der in den Provinzial-Heil- und Pflege-Anstalten der Provinz Hannover verpflegten Geisteskranken und Geistesschwachen einschließlich der den Privatanstalten Ilten und Liebenburg überwiesenen Kranken 4676 betragen. Auf 1000 Einwohner der Provinz kamen 1,7 Kranke in Provinzialanstalten.

Göttingen (84): Bestand am 1. April 1909: 465 (288 M. 177 Fr.). Zugang 319 (208 M. 111 Fr.). Abgang 273 (169 M. 104 Fr.). Bleibt Bestand 511 (327 M. 184 Fr.), davon 62 (44 M. 18 Fr.) in Familienpflege. Von den Aufgenommenen litten 262 (164 M. 98 Fr.) an einfacher Seelenstörung, 13 (11 M. 2 Fr.) an Paralyse, 24 (17 M. 7 Fr.) an Idiotie und Imbezillität, 3 M. an Delir. pot.; nicht geisteskrank 12 (10 M. 2 Fr.). Krankheitsdauer vor der Aufnahme bei 34 (24 M. 10 Fr.) 1 bis 6 Wochen, bei 33 (17 M. 16 Fr.) 3 Monate, bei 40 (25 M. 15 Fr.) 3—6 Monate, bei 80 (55 M. 25 Fr.) 1—2 Jahre, bei 75 (50 M. 25 Fr.) 2—5 Jahre, angeboren bei 24 (17 M. 7 Fr.), unbekannt 21 (10 M. 11 Fr.). Heredität bei 114 (70 M. 44 Fr.). Lues war bei 16 (14 M. 2 Fr.), Alkohol bei 27 (23 M. 4 Fr.), Geburt bei 10 Fr., Kopf-

verletzung bei 8 M. Krankheitsursache. Zur Beobachtung ihres Geisteszustandes kamen 25 (20 M. 5 Fr.), davon 12 krank. Fürsorgezöglinge sind im ganzen 35 beobachtet. Unter dem Zugang eine erregte Typhuskranke, die 2 Wärterinnen infizierte. Die Stühle sämtlicher Aufnahmen werden auf Typhusbazillen untersucht. Geheilt und gebessert 171 (83 M. 88 Fr.), ungeheilt entlassen 77 (51 M. 26 Fr.). Gestorben 43 (25 M. 18 Fr.), nicht geisteskrank 12 (10 M. 2 Fr.). Tuberkulose 5 mal (1 M. 4 Fr.), Krebs 4 mal (2 M. 2 Fr.), Suicid 1 mal Todesursache. Familienpflege auf das Wärterdorf ausgedehnt. Die Verpflegung kostete durchschnittlich pro Kopf und Tag 68,642 Pf.

Das neuerbaute „Verwahrungshaus" ist im Juli 1909 in Betrieb genommen und hat sich bewährt. Große Übersichtlichkeit und dadurch erleichterte Überwachung gestatten ausgedehnte Beschäftigung. 49 Aufnahmen. Die meisten unsozialen Handlungen beging ein nicht krimineller Kranker mit schweren, plötzlich auftretenden Erregungszuständen. Auf den anstrengenden Dienst des Personals und seine starke Abnutzung wird besonders hingewiesen. Das „Verwahrungshaus" ist bestimmt zur Aufnahme von Geisteskranken, die sich wegen ihres unsozialen Verhaltens nicht zur Behandlung und Pflege in einer der Heil- und Pflege-Anstalten der Provinz Hannover eignen; auch nicht kriminelle Kranke können dort aufgenommen werden. Dirigierender Arzt des Provinzial-Verwahrungshauses ist der Oberarzt der Göttinger Anstalt.

Hildesheim (89): Bestand am 1. April 1909: 686 (381 M. 305 Fr.). Zugang 259 (147 M. 112 Fr.). Abgang 262 (148 M. 114 Fr.). Bleibt Bestand 683 (380 M. 303 Fr.). Vom Zugang litten 161 (78 M. 83 Fr.) an einfacher Seelenstörung, 31 (24 M. 7 Fr.) an Paralyse, 22 (9 M. 13 Fr.) an Hysterie oder Epilepsie mit Seelenstörung, 18 (14 M. 4 Fr.) an Imbezillität und Idiotie, 3 (2 M. 1 Fr.) nicht geisteskrank; 24 (20 M. 4 Fr.) zur Beobachtung. Krankheitsdauer vor der Aufnahme bei 79 (34 M. 45 Fr.) unter 3 Monaten, bei 31 (18 M. 13 Fr.) 3—6, bei 28 (18 M. 10 Fr.) 6—12 Monate, bei 34 (23 M. 11 Fr.) 1—2 Jahre, bei 54 (28 M. 26 Fr.) über 2 Jahre; bei 25 (18 M. 7 Fr.) angeboren. Heredität bei 20 (3 M. 17 Fr.), Alkoholmißbrauch bei 14 (11 M. 3 Fr.), Lues bei 26 (19 M. 7 Fr.), Trauma bei 3 M., Pubertät bei 6 (5 M. 1 Fr.), Senium bei 23 (4 M. 19 Fr.), Wochenbett und Klimakterium bei 10 Fr., Haft bei 1 Fr. Krankheitsursache. Geheilt und gebessert 82 (45 M. 37 Fr.), ungeheilt 119 (69 M. 50 Fr.)— davon 78 (41 M. 37 Fr.) in andere Anstalten, nicht geisteskrank 9 (8 M. 1 Fr.), gestorben 52 (26 M. 26 Fr.) = 5,5 % aller Verpflegten, darunter 11 (6 M. 5 Fr.) an Paralyse. Tuberkulose war 4 mal (1 M. 3 Fr.), Krebs 3 mal (1 M. 2 Fr.) Todesursache. Eine Frau erhängte sich nachts auf der Wachstation mittelst eines Handtuches. 12 M. wurden in das Göttinger Verwahrungshaus überführt. Die Entlassung dieser asozialen Kranken entlastete die Anstalt wesentlich. Die bisher von diesen gefährlichen Kranken innegehabten Räume sollen zu einer Siechenstation umgebaut werden. 1 Wärter und 1 Wärterin nach 26 resp. 28 jähriger Dienstzeit pensioniert. Verpflegungskosten pro Kopf und Tag in der dritten Klasse 57,222 Pf., ohne Rücksicht auf Klassenunterschiede 68,844 Pf. Gesamtausgabe 723 920,33 M.

Langenhagen (96): Bestand am 1. April 1909: 788 (466 M. 322 Fr.) Zugang 505 (324 M. 181 Fr.). Abgang 452 (291 M. 161 Fr.). Geheilt und gebessert 165 (127 M. 38 Fr.); in andere Anstalten 152 (88 M. 64 Fr.), ungeheilt 96 (45 M. 51 Fr.), nicht geisteskrank 2 M., gestorben 37 (29 M. 8 Fr.). Bleibt Bestand 841 (499 M. 342 Fr.).

Zugang in der Beobachtungsstation für Geisteskranke 404 (260 M. 144 Fr.), davon 184 (96 M. 88 Fr.) mit einfacher Seelenstörung, 47 (32 M. 15 Fr.) mit Paralyse, 37 (23 M. 14 Fr.) mit Epilepsie, 5 (2 M. 3 Fr.) mit Idiotie, 27 (17 M. 10 Fr.) mit Imbezillität, 78 (75 M. 3 Fr.) mit Alkoholismus, 2 Fr. mit Morphinismus, 14 (5 M. 9 Fr.) mit Hysterie, 8 M. mit organischen Hirnleiden, nicht geisteskrank 2 M. Heredität bei 127 (83 M. 44 Fr.). Lues war 27 mal (17 M. 10 Fr.), Alkoholismus 101 mal (95 M. 6 Fr.), Apoplexie 8 mal (5 M. 3 Fr.), Trauma 13 mal (8 M. 5 Fr.), Senium 37 mal (11 M. 26 Fr.), Puerperium 5 mal, Haft 9 mal (6 M. 3 Fr.), Morphinismus 2 mal Krankheitsursache. Durchschnittliche Verpflegungsdauer 22,3 Tage (21,1 Tage bei Männern, 21,6 Tage bei Frauen). Von den Aufgenommenen kamen 151 (87 M. 64 Fr.) in andere Anstalten. Gestorben 14 M., 3 an Delir. trem., 2 an Erysipel, 2 an Pneumonie.

Bestand in der Heil- und Pflege-Anstalt für Geistesschwache am 1. April 1909: 756 (446 B. 310 Fr.). Zugang 101 (64 M. 37 Fr.). Abgang 94 (76 M. 18 Fr.). Bleibt Bestand 763 (434 M. 329 Fr.), davon 38,1 % im Alter von 1—15, 61,9 % im Alter von 15—60 Jahren. Vom Zugang litten 39 (23 M. 16 Fr.) = 38,7 % an Imbezillität, 62 (41 M. 21 Fr.) = 61,3 % an Idiotie. Epileptische waren zu Anfang des Jahres 108 (60 M. 48 Fr.) in der Anstalt. Zugang 7 (6 M. 1 Fr.). Abgang 3 m; bleibt Bestand 112 (63 M. 49 Fr.). Heredität bei 46,5 % des Zugangs. Bei 19 war Potus in der Aszendenz Krankheitsursache, Blutsverwandtschaft der Eltern 3 mal, Tuberkulose in der Familie 12 mal, Krampfanfälle 15 mal, schwere Geburt 8 mal, Trauma 8 mal, Lues der Eltern 2 mal als ursächliches Moment angegeben. 13,8 % des Zugangs unehelich geboren. 30,8 % der Aufgenommenen unreinlich, 45,5 % unselbständig beim An- und Auskleiden. Gebessert 0,4 %, nicht gebessert 2,6 %, gestorben 3,0 %. der Verpflegten. Tuberkulose 5 mal Todesursache. Am Schluß des Schuljahres besuchten die Schule 146 (91 M. 55 Fr.). Ausgedehnte Beschäftigung im Werkstättenbetrieb. Die Verpflegung kostete durchschnittlich pro Kopf und Tag 50,03 Pf. Gesamtausgabe 592 392,17 M.

Lüneburg (103): Bestand am 1. April 1909: 914 (473 M. 441 Fr.). Zugang 339 (166 M. 173 Fr.). Abgang 306 (154 M. 152 Fr.). Bleibt Bestand 947 (485 M. 462 Fr.). Vom Zugang litten 235 (99 M. 136 Fr.) an einfacher Seelenstörung, 28 (21 M. 7 Fr.) an Paralyse, 16 (10 M. 6 Fr.) an Epilepsie mit Seelenstörung, 23 (12 M. 11 Fr.) an Imbezillität, Idiotie, 13 (11 M. 2 Fr.) an Alkoholismus und Delir. pot., 10 (3 M. 7 Fr.) an Hysterie, 1 Fr. an Hirntumor, 1 Fr. an Hirnlues, 2 (1 M. 1 Fr.) an Chorea, 1 M. an Tabes. Zur Beobachtung 9 (8 M. 1 Fr.). Krankheitsdauer vor der Aufnahme bei 87 (51 M. 36 Fr.) unter 3 Monaten, bei 38 (17 M. 21 Fr.) 3—6, bei 28 (22 M. 6 Fr.) 6—12 Monate, bei 42 (20 M. 22 Fr.) 1—2, bei 88 (39 M. 49 Fr.) über 2 Jahre, bei 25 (12 M. 13 Fr.) angeboren. Heredität bei 77 (43 M. 34 Fr.). Alkoholmißbrauch bei 29 (24 M. 5 Fr.), Lues bei 16 (10 M.



6 Fr.), Senium bei 37 (16 M. 21 Fr.), Trauma bei 3 M., Pubertät bei 4 Fr., Schwangerschaft, Wochenbett, Klimakterium bei 10 Fr. Krankheitsursache. Geheilt und gebessert 80 (36 M. 44 Fr.), ungeheilt 91 (62 M. 29 Fr.), nicht geisteskrank 3 M., gestorben 130 (52 M. 78 Fr.) = 10,4 % aller Verpflegten. Paralyse 26 mal, Tuberkulose 17 mal, Krebs 3 mal Todesursache. Von den Aufnahmen waren 8 über 80 Jahre, 30 über 70 Jahre alt. Eröffnung des Verwahrungshauses in Göttingen befreite Lüneburg von einer Anzahl geisteskranker Verbrecher, zu deren Verwahrung es seiner ganzen Anlage nach ungeeignet ist. Wechsel unter dem weiblichen Wartpersonal immer noch groß. Die Einrichtung von 6 Hilfsoberwärterinnenstellen bewährt sich außerordentlich, ebenso die Einrichtung, daß Damen mit höherer Töchterschulbildung als „Schülerinnen" eintreten können, um nach etwa halbjähriger Ausbildungszeit als Hilfsoberwärterinnen angestellt zu werden. Die Schülerinnen erhalten freie Station zweiter Klasse. Diese Einrichtungen fördern das Interesse besserer Kreise für die Irrenpflege, sie sind für die Gewinnung von gebildeten Irrenpflegerinnen von großer Bedeutung. Gesamtausgabe 1 314 685,12 M. Verpflegungskosten pro Kopf und Tag durchschntitlich 62,75 Pf.

Osnabrück (111): Bestand am 1. April 1909: 401 (175 M. 226 Fr.). Zugang 153 (76 M. 77 Fr.). Abgang 131 (70 M. 61 Fr.). Bleibt Bestand 423 (181 M. 242 Fr.). Vom Zugang litten 114 (49 M. 65 Fr.) an einfacher Seelenstörung, 10 (7 M. 3 Fr.) an Paralyse, 8 M. an epileptischer, 3 Fr. an hysterischer Seelenstörung, 14 (8 M. 6 Fr.) an Idiotie und Imbezillität; nicht geisteskrank 4 M. Heredität bei 56 (29 M. 27 Fr.). Lues 6 mal (3 M. 3 Fr.), Unfall 6 mal (5 M. 1 Fr.), Alkoholismus 17 mal (11 M. 6 Fr.), Senium 3 mal (1 M. 2 Fr.), Gemütsbewegung 5 mal (1 M. 4 Fr.) Krankheitsursache. Krankheitsdauer vor der Aufnahme bei 44 (17 M. 27 Fr.) weniger als 3 Monate, bei 19 (10 M. 9 Fr.) 3—6, 12 (1 M. 11 Fr.) 6—12 Monate, bei 7 (5 M. 2 Fr.) 1—2 Jahre, bei 53 (31 M. 22 Fr.) länger als 2 Jahre; angeboren bei 14 (8 M. 6 Fr.). Zur Beobachtung 5 M., davon 4 geisteskrank. Geheilt und gebessert 56 (29 M. 27 Fr.); ungeheilt 47 (21 M. 26 Fr.), davon 32 in andere Anstalten. Gestorben 23 (15 M. 8 Fr.) = 4,15% der Verpflegten. Tuberkulose 2 mal Todesursache. Verpflegungskosten pro Kopf und Tag durchschnittlich 58,556 Pf.

In den Provinzial-Heil- und Pflege-Anstalten Westfalens (148) ist der Krankenbestand im Rechnungsjahr 1908 von 3902 auf 4075 und im Rechnungsjahr 1909 von 4075 auf 4316 gestiegen. Zunahme 1908 = 173 Kr., 1909 = 241 Kr.

Marsberg: Bestand am 1. April 1909: 542 Kr. Zugang 177 (108 M. 69 Fr.). Abgang 143 (84 M. 59 Fr.). Bleibt Bestand 576 Kr. Vom Zugang litten 152 (88 M. 64 Fr.) an einfacher Seelenstörung, 6 M. an Paralyse, 8 (7 M. 1 Fr.) an Epilepsie mit Seelenstörung, 7 (3 M. 4 Fr.) an Imbezillität, Idiotie; zur Beobachtung 4 M. Krankheitsdauer vor der Aufnahme bei 30 (11 M. 19 Fr.) bis 1 Monat, bei 27 (16 M. 11 Fr.) 2—3, bei 13 (9 M. 4 Fr.) 4—6, bei 30 (21 M. 9 Fr.) 7—12 Monate, bei 16 (8 M. 8 Fr.) bis zu 2 Jahren, bei 41 (26 M. 15 Fr.) über 2 Jahre; unbekannt bei 16 (13 M. 3 Fr.). Heredität bei 57 (28 M. 29 Fr.). Trauma bei 11 (8 M. 3 Fr.), Wochenbett, Laktation, Schwangerschaft 12 mal, Trunksucht bei 14 (13 M. 1 Fr.), Gemütserregung bei 21 (9 M. 12 Fr.), Lues bei 1 M., Pubertät, Blutarmut bei 3 Fr., Haft bei 6 M., Alter bei 5 (3 M. 2 Fr.) Krankheitsursache. Geheilt und gebessert



85 (58 M. 27 Fr.), ungeheilt 16 (13 M. 3 Fr.), davon 9 in andere Anstalten. Gestorben 37 (18 M. 19 Fr.) = 5,14% aller Verpflegten. Paralyse 4 mal, Tuberkulose 6 mal, Krebs 2 mal Todesursache. Gesamtkosten eines Kranken 650,38 M.

Lengerich: Bestand am 1. April 1909: 638 (335 M. 303 Fr.). Zugang 163 (118 M. 45 Fr.). Abgang 119 (84 M. 35 Fr.). Bleibt Bestand 682 (369 M. 313 Fr.), davon 89 (47 M. 42 Fr.) in Familienpflege. Zur Beobachtung kamen 20 (16 M. 4 Fr.), darunter 14 Fürsorgezöglinge (10 M. 4 Fr.). Vom Zugang litten 100 (70 M. 30 Fr.) an einfacher Seelenstörung, 11 M. an Paralyse, 7 (6 M. 1 Fr.) an Seelenstörung mit Epilepsie, 1 Fr. an Hysterie, 13 (5 M. 8 Fr.) an Imbezillität, Idiotie, 3 M. an Lues, 7 M. an Delir. pot. Krankheitsdauer vor der Aufnahme bei 18 (14 M. 4 Fr.) bis 1 Monat, bei 22 (17 M. 5 Fr.) bis 3, bei 12 (9 M. 3 Fr.) bis 6 Monate, bei 19 (16 M. 3 Fr.) bis zu 1 Jahr, bei 19 (13 M. 6 Fr.) bis zu 2 Jahren, bei 38 (27 M. 11 Fr.) mehr als 2 Jahre; angeboren bei 12 (4 M. 8 Fr.), unbekannt bei 3 (2 M. 1 Fr.). Heredität bei 82 (61 M. 21 Fr.); Trauma 5 mal, Trunksucht bei 20 (18 M. 2 Fr.), Gemütsbewegung bei 10 (2 M. 8 Fr.), Schwangerschaft, Entbindung, Wochenbett, Klimakterium 7 mal, Lues 4 mal, Alter 5 mal, Haft 4 mal Krankheitsursache. Geheilt und gebessert 53 (36 M. 17 Fr.); ungeheilt 33 (25 M. 8 Fr.), davon 17 in andere Anstalten. Gestorben 27 (17 M. 10 Fr.) = 3,37% aller Verpflegten. Paralyse 5 mal, Tuberkulose 5 mal, Sarkom 1 mal, Karzinom 2 mal Todesursache. Gesamtkosten eines Kranken 613,75 M.

Münster: Bestand am 1. April 1909: 637 (237 M. 400 Fr.). Zugang 173 (94 M. 79 Fr.). Abgang 164 (81 M. 83 Fr.). Bleibt Bestand 646 (250 M. 396 Fr.) Zur Beobachtung 24 (18 M. 6 Fr.), darunter 13 (9 M. 4 Fr.) Fürsorgezöglinge. Vom Zugang litten 124 (61 M. 63 Fr.) an einfacher Seelenstörung, 7 (4 M. 3 Fr.) an Paralyse, 2 M. an Seelenstörung mit Epilepsie, 16 (9 M. 7 Fr.) an Imbezillität. Heredität bei 75 (36 M. 39 Fr.). Gemütsbewegung bei 16 (7 M. 9 Fr.), Lues bei 2 (1 M. 1 Fr.), Trauma bei 5 (2 M. 3 Fr.), Sonnenstich bei 1 M., Schwangerschaft, Wochenbett, Klimakterium 7 mal, Pubertät bei 8 (4 M. 4 Fr.), Senium bei 5 (3 M. 2 Fr.), Haft 7 mal Krankheitsursache. Krankheitsdauer vor der Aufnahme bei 10 (4 M. 6 Fr.) bis 1 Monat, bei 13 (7 M. 6 Fr.) 2—3, bei 13 (5 M. 8 Fr.) 4—6, bei 27 (15 M. 12 Fr.) 7—12 Monate, bei 14 (9 M. 5 Fr.) bis zu 2 Jahren, bei 71 (35 M. 36 Fr.) über 2 Jahre. Unter den Aufnahmen 12 geisteskranke Verbrecher. Geheilt und gebessert 58 (29 M. 29 Fr.), ungeheilt 64 (27 M. 37 Fr.), davon 59 in andere Anstalten. Gestorben 27 (13 M. 14 Fr.) = 3,33% aller Verpflegten. Paralyse 8 mal, Tuberkulose 3 mal, Krebs 1 mal Todesursache. Gesamtkosten eines Kranken 588,92 M.

Aplerbeck: Bestand am 1. April 1909: 657 (339 M. 318 Fr.). Zugang 151 (99 M. 52 Fr.). Abgang 167 (105 M. 62 Fr.). Bleibt Bestand 641 (333 M. 308 Fr.), davon 21 (9 M. 12 Fr.) in Familienpflege. Zur Beobachtung 29 Kr., davon 25 M. gemäß § 81 StPO. Vom Zugang litten 89 (47 M. 42 Fr.) an einfacher Seelenstörung, 15 (13 M. 2 Fr.) an Paralyse, 4 (3 M. 1 Fr.) an Seelenstörung mit Epilepsie und Hysterie, 9 (4 M. 5 Fr.) an Imbezillität und Idiotie, 4 (3 M. 1 Fr.) an Alkoholismus, 1 M. an Neurasthenie. 45 (43 M. 2 Fr.) der Neuaufnahmen waren mit dem Strafgesetz in Konflikt geraten. Krankheitsdauer vor der Aufnahme bei 13 (8 M. 5 Fr.)



bis 1 Monat, bei 15 (4 M. 11 Fr.) 1—3, bei 17 (11 M. 6 Fr.) 3—6, bei 15 (12 M. 3 Fr.) 6—12 Monate, bei 11 (10 M. 1 Fr.) 1—2 Jahre, bei 30 (20 M. 10 Fr.) über 2 Jahre; angeboren bei 9 (4 M. 5 Fr.), unbekannt bei 12 (2 M. 10 Fr.). Heredität bei 38 (23 M. 15 Fr.). Trunksucht war 4 mal (3 M. 1 Fr.); Lues bei 8 M.; Senium 9 mal (8 M. 1 Fr.); Klimakterium, Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett 6 mal, Trauma 2 mal Krankheitsursache. Geheilt und gebessert 56 (22 M. 21 Fr.); ungeheilt 35 (16 M. 19 Fr.), davon 15 in andere Anstalten. Gestorben 48 (30 M. 18 Fr.) = 6 .. aller Verpflegten. Tuberkulose 5 mal, Krebs 1 mal, Paralyse 16 mal Todesursache. Gesamtkosten eines Kranken 627,77 M.

Warstein: Bestand am 1. April 1909: 999 (519 M. 480 Fr.). Zugang 538 (303 M. 235 Fr.), davon 112 (86 M. 26 Fr.) schon in Anstalten gewesen. Abgang 382 (219 M. 163 Fr.). Bleibt Bestand 1155 (603 M. 552 Fr.), davon in Familienpflege 26 (10 M. 16 Fr.). Vom Zugang litten 407 (202 M. 205 Fr.) an einfacher Seelenstörung, 38 (31 M. 7 Fr.) an Paralyse, 19 (16 M. 3 Fr.) an Epilepsie mit Seelenstörung, 5 (2 M. 3 Fr.) an Hysterie, 45 (30 M. 15 Fr.) an Imbezillität und Idiotie, 13 M. an Alkoholismus, 4 M. an Neurasthenie; nicht geisteskrank 7 (5 M. 2 Fr.). Zur Beobachtung 16 (14 M. 2 Fr.). Krankheitsdauer vor der Aufnahme bei 32 (14 M. 18 Fr.) bis 1 Monat, bei 70 (30 M. 40 Fr.) 1—3, bei 122 (50 M. 72 Fr.) 3—12 Monate, bei 230 (152 M. 78 Fr.) über 1 Jahr; unbekannt bei 84 (57 M. 27 Fr.). Heredität bei 100 (43 M. 57 Fr.); Senium bei 40 (22 M. 18 Fr.), Klimakterien 16 mal, Lues 13 mal (10 M. 3 Fr.). Trunksucht bei 30 M., Überanstrengung bei 18 (1 M. 17 Fr.), Gemütsbewegung bei 28 Fr., Militärdienst 2 mal, Strafhaft bei 13 M. Unfall bei 18 M., Hitzschlag bei 1 M. Krankheitsursache. Mit dem Strafgesetz in Konflikt geraten waren 72 (69 M. 3 Fr.). Geheilt und gebessert 203 (108 M. 95 Fr.), ungeheilt 61 (53 M. 8 Fr.), davon 28 (24 M. 4 Fr.) in andere Anstalten. Gestorben 113 (55 M. 58 Fr.) = 7,35% aller Verpflegten. Paralyse 41 mal (33 M. 8 Fr.), Tuberkulose bei 13 (1 M. 12 Fr.), Krebs bei 2 (1 M. 1 Fr.), Selbstmord bei 1 Fr. Todesursache. Gesamtkosten eines Kranken 538,12 M. Warstein kann jetzt 14[illegible] Kranke aufnehmen und außerdem 44 Familienpfleglinge bei Angestellten (mit Dienstwohnung) unterbringen.

Eickelborn: Bestand am 1. April 1909: 602 (346 M. 256 Fr.). Zugang 51 (24 M. 27 Fr.). Abgang 37 (23 M. 14 Fr.). Bleibt Bestand 616 (347 M. 269 Fr.), davon in Familienpflege 4 Fr. Vom Zugang kamen nicht aus anderen Anstalten 40 (13 M. 27 Fr.). Von den Aufgenommenen litten 25 (10 M. 15 Fr.) an einfacher Seelenstörung, 21 (11 M. 10 Fr.) an Imbezillität, Idiotie, 4 (3 M. 1 Fr.) an Seelenstörung mit Epilepsie, 1 Fr. an Hysterie. Gebessert entlassen 4 M., ungeheilt [illegible] (1 M. 2 Fr.). Gestorben 30 (18 M. 12 Fr.) = 4,59% aller Verpflegten. Im Bewahrungshaus 55 Kr. aufgenommen 8. Gebessert in die Freiheit entlassen 1; 2 in Strafanstalt zurück zur Weiterverbüßung der Strafe; 1 in die Zentralanstalt versetzt, gestorben 3. Neubauten zur Erweiterung der Anstalt auf 872 Plätze. Weiterer Ausbau auf 1100 Plätze genehmigt. Gesamtkosten eines Kranken 437,07 M.

Eichberg (75): Bestand am 1. April 1909: 754 (421 M. 333 Fr.). Zugang 231 (143 M. 88 Fr.). Abgang 235 (139 M. 96 Fr.). Bleibt Bestand 750 (425 M. 325 Fr.). Vom Zugang litten 141 (75 M. 66 Fr.) an einfacher Seelenstörung [illegible]

(14 M. 3 Fr.) an Paralyse, 31 (25 M. 6 Fr.) an Imbezillität, Idiotie, 18 (10 M. 8 Fr.) an Seelenstörung mit Epilepsie, 5 (1 M. 4 Fr.) an hysterischer Seelenstörung, 12 M. an Alkoholismus; nicht geisteskrank 7 (6 M. 1 Fr.). Heredität bei 75 (52 M. 23 Fr.) Alkoholmißbrauch bei 49 (48 M. 1 Fr.), Lues bei 16 M., Senium bei 28 (18 M. 10 Fr.), Haft bei 7 M., Kopftrauma bei 7 M., Puerperium 2 mal Krankheitsursache. Mit dem Strafgesetz in Konflikt geraten waren 78 (70 M. 8 Fr.), fast die Hälfte aller Aufnahmen. Zur Beobachtung 12 Kr. Krankheitsdauer vor der Aufnahme bei 44 (20 M. 24 Fr.) bis zu 3, bei 35 (25 M. 10 Fr.) bis zu 6, bei 132 (85 M. 47 Fr.) mehr als 6 Monate; unbekannt bei 13 (7 M. 6 Fr.). Geheilt und gebessert 99 (61 M. 38 Fr.); ungebessert 72 (37 M. 35 Fr.); nicht geisteskrank 6 M. Gestorben 58 (36 M. 22 Fr.) = 5,9% der Verpflegten. Tuberkulose 5 mal, Krebs 2 mal, Typhus 1 mal, Paralyse 10 mal Todesursache. Typhusepidemie (26 Fälle) durch Einschleppung. In Familienpflege am Jahresschluß 88 (21 M. 67 Fr.). 17 Fürsorgezöglinge in ihrer Weiterbildung tunlichst gefördert. Ein Pfleger verließ eigenmächtig den Dienst und ermöglichte einem gemeingefährlichen, polizeilich internierten Kranken die Entweichung, er ist zu einer Gefängnisstrafe von 1 Monat verurteilt. Gesamtausgabe 632 993,46 M. Verpflegung kostete pro Kopf und Tag 76 Pf.

Frankfurt (79): Bestand am 1. April 1908: 436 (237 M. 199 Fr.). Zugang in beiden Berichtsjahren 2728 (2042 M. 686 Fr.). Abgang 2743 (2051 M. 692 Fr.). Bleibt Bestand am 31. März 1910: 421 (228 M. 193 Fr.). Vom Gesamtzugang waren 1422 Erstaufnahmen. Die wiederholten Aufnahmen betreffen meist Alkoholiker und Epileptiker. Von den Erstaufnahmen litten 361 (151 M. 210 Fr.) an einfachen erworbenen Psychosen, 106 (71 M. 35 Fr.) an konstitutionellen angeborenen Psychosen, 247 (160 M. 87 Fr.) an epileptisch-hysterischen Psychosen, 452 (409 M. 43 Fr.) an Alkoholismus und Intoxikationspsychosen, 255 (163 M. 92 Fr.) an organischen Psychosen; nicht geisteskrank 1 Fr. Mit dem Strafgesetz waren in Konflikt geraten vor der Aufnahme 508 (446 M. 62 Fr.), Epileptiker und Alkoholisten am häufigsten. Bettel, Obdachlosigkeit, Körperverletzung sind die häufigsten Delikte, dann folgen Diebstahl und bei Frauen Kontrollübertretung und Kuppelei. Geheilt oder gebessert entlassen sind 74,45% des Gesamtabgangs. Gestorben rund 5% aller Verpflegten. 2 Fälle von Selbstmord durch Erhängen. Tuberkulose war 20 mal Todesursache.

Die Filiale Köppern dient hauptsächlich der Erholung rekonvaleszenter Kranken und Alkoholisten und ist als landwirtschaftliche Kolonie eingerichtet. Neubauten zur Aufnahme von Nervenkranken sind geplant.

Die Einrichtung einer Jugendstation hat sich bewährt und für die Durchführung der Fürsorgegesetze als notwendig erwiesen. Bestand am 1. April 1908: 13 (9 M. 4 Fr.). Zugang in beiden Berichtsjahren 56 (44 M. 12 Fr.). Abgang 49 (39 M. 10 Fr.). Bleibt Bestand 20 (14 M. 6 Fr.). Vom Zugang litten 21 (18 M. 3 Fr.) an Epilepsie, 17 (15 M. 2 Fr.) an einfachem Schwachsinn, 13 (7 M. 6 Fr.) an moralischem Schwachsinn, 5 (4 M. 1 Fr.) an anderen Nervenkrankheiten. Neubau eines Laboratoriums und zweier Landhäuser für die Kinderstation.

Weilmünster (147): Das Berichtsjahr begann mit 957 (478 M. 479 Fr.). Zugang 233 (127 M. 106 Fr.). Abgang 230 (128 M. 102 Fr.). Bleibt Bestand 960



(477 M. 483 Fr.). Vom Zugang litten 131 (53 M. 78 Fr.) an einfacher Seelenstörung. 20 (15 M. 5 Fr.) an Paralyse, 13 (9 M. 4 Fr.) an Seelenstörung mit Epilepsie. 7 (1 M. 6 Fr.) an Hysterie, 32 (20 M. 12 Fr.) an Imbezillität, Idiotie, 29 (28 M. 1 Fr.) an Alkoholismus; nicht geisteskrank 1 M. Heredität bei 54% M. und 57½% Fr. Von 20 Paralytikern waren 11 erblich belastet. Alkoholmißbrauch bei 42 (36 M. 6 Fr.), Lues bei 18 (13 M. 5 Fr.), Trauma bei 14 (11 M. 3 Fr.), Schwangerschaft. Wochenbett, Laktation, Klimakterium bei 16 Fr., Senium bei 24 (9 M. 15 Fr.) Krankheitsursache. Mit dem Strafgesetz in Konflikt geraten 65 (58 M. 7 Fr.). Zur Beobachtung 8 (7 M. 1 Fr.). Geheilt und gebessert 69 (42 M. 27 Fr.); ungeheilt 55 (28 M. 27 Fr.), davon 34 in andere Anstalten, nicht geisteskrank 3 (2 M. 1 Fr.); gestorben 103 (56 M. 47 Fr.) = 10% aller Verpflegten. Tuberkulose 20 mal. Krebs 1 mal, Lungenentzündung 27 mal, Typhus 1 mal Todesursache. 5 Typhusfälle; 10 Fälle von Erysipel. Überfüllung aller Abteilungen. Anhäufung verbrecherischer und unsozialer Kranker. Zahl der arbeitenden Kranken zurückgegangen. Häufige Anwendung der Schlundsonde zur künstlichen Ernährung. Aufgeregten, widerstrebenden Kranken wurden auch Beruhigungsmittel mit der Schlundsonde gegeben. Gesamtausgabe 627 869,57 M. Beköstigung kostete pro Kopf und Tag 62 Pf.

Rheinprovinz (116): In den Provinzial-Heil- und Pflege-Anstalten befanden sich am 1. April 1909: 5776 (3151 M. 2625 Fr.). Zugang 3608 (2118 M. 1490 Fr.). Abgang 3405 (1967 M. 1438 Fr.). Bleibt Bestand 5979 (3302 M. 2677 Fr.).

Andernach: Bestand am 1. April 1909: 526 (260 M. 266 Fr.). Zugang 311 (165 M. 146 Fr.). Abgang 279 (126 M. 153 Fr.). Bleibt Bestand 558 (299 M. 259 Fr.).

Bonn: Bestand am 1. April 1909: 822 (428 M. 394 Fr.). Zugang 649 (369 M. 280 Fr.). Abgang 643 (393 M. 250 Fr.). Bleibt Bestand 828 (404 M. 424 Fr.).

Düren: Bestand am 1. April 1909: 754 (395 M. 359 Fr.). Zugang 264 (149 M. 115 Fr.). Abgang 307 (131 M. 176 Fr.). Bleibt Bestand 711 (413 M. 298 Fr.).

Galkhausen: Bestand am 1. April 1909: 851 (431 M. 420 Fr.). Zugang. 536 (295 M. 241 Fr.). Abgang 500 (284 M. 216 Fr.). Bleibt Bestand 887 (442 M 445 Fr.).

Grafenberg: Bestand am 1. April 1909: 916 (522 M. 394 Fr.). Zugang 776 (471 M. 305 Fr.). Abgang 750 (472 M. 278 Fr.). Bleibt Bestand 942 (521 M. 421 Fr.).

Johannistal: Bestand am 1. April 1909: 893 (485 M. 408 Fr.). Zugang 647 (385 M. 262 Fr.). Abgang 532 (310 M. 222 Fr.). Bleibt Bestand 1008 (560 M. 448 Fr.).

Merzig: Bestand am 1. April 1909: 781 (397 M. 384 Fr.). Zugang 348 (207 M. 141 Fr.). Abgang 336 (193 M. 143 Fr.). Bleibt Bestand 793 (411 M. 382 Fr.).

Köln-Lindenthal: Bestand am 1. April 1909: 173 M. Zugang 42. Abgang 22. Bleibt Bestand 193 M.

Brauweiler: Bestand am 1. April 1909: 60 M. Zugang 35. Abgang 36. Bleibt Bestand 59 M.

Vom Gesamtzugang litten 2345 (1161 M. 1184 Fr.) an einfacher



Seelenstörung, 309 (232 M. 77 Fr.) an Paralyse, 399 (297 M. 102 Fr.) an Seelenstörung mit Epilepsie, 110 (80 M. 30 Fr.) an Epilepsie, 208 (135 M. 73 Fr.) an Imbezillität, Idiotie, 170 (156 M. 14 Fr.) an Delir. potat., nicht geisteskrank 67 (57 M. 10 Fr.). Von den Aufgenommenen waren erblich belastet 1014 (592 M. 422 Fr.) = 28 % (27,8 % M. 28,2 % Fr.), und zwar direkt 16,2 % (17,1 % M. 15 % Fr.), indirekt und durch Familienanlage 11,8 % (10,7 % M. 13,1 % Fr.). Alkoholmißbrauch bei den Aufgenommenen in 483 Fällen(434 M. 49 Fr.) = 13,3 % (20,5 % M. 3,3 % Fr.), Alkoholmißbrauch bei den Eltern und anderen Verwandten in 300 Fällen = 8,3 %. An Lues haben gelitten von sämtlichen Aufnahmen 170 (130 M. 40 Fr.), von den aufgenommenen Paralysen 116 (95 M. 21 Fr.) = 37,5 % (40,9 % M. 27,2 % Fr.). Mit dem Strafgesetz waren in Konflikt geraten 578 (498 M. 80 Fr.) = 16 % (23,5 % M. 5,3 % Fr.). Die Zahl der mit dem Strafgesetz in Konflikt geratenen Kranken steigt beständig. Direkt aus der Untersuchungs- oder Strafhaft kamen 247 Kr. Genesen und gebessert 1651 (977 M. 674 Fr.); ungeheilt 1007 (524 M. 483 Fr.), davon 609 (296 M. 313 Fr.) in andere Anstalten; nicht geisteskrank 87 (73 M. 14 Fr.). Gestorben 660 (393 M. 267 Fr.) = 7,03 % aller Verpflegten, und zwar in Andernach 6%, in Bonn 7,8 %, in Düren 6,27 %, in Galkhausen 8,4 %, in Grafenberg 7,56 %, in Johannistal 7,1 %, in Merzig 5,7 %, in Lindenthal 5,1 %, in Brauweiler 0 %. Unter den Gestorbenen 133 (114 M. 19 Fr.) Paralysen = 18,05 % (29 % M. 7,1 % Fr.). 0,6 % der Verpflegten an Tuberkulose gestorben (0,5 % M. 0,7 % Fr.). Tuberkulose war Todesursache in Andernach in 3,9 % der Sterbefälle, in Bonn in 11,3 %, in Düren in 12,5 %, in Galkhausen in 3,4 %, in Grafenberg in 8,6 %, in Johannistal in 4,6 %, in Merzig in 12,3 %, in Lindenthal in 18%, in Brauweiler in 0 % der Sterbefälle. Suizid bei 4 M. Todesursache. — 10 Typhusfälle, und zwar 2 in Andernach, 2 in Düren und 6 in Merzig. In Merzig werden alle Neuaufnahmen und das neu eintretende Dienst- und Wartpersonal auf Ausscheiden von Typhusbazillen untersucht. In Merzig 4 Typhusbazillenträger. Von den Kranken IV. Klasse durchschnittlich beschäftigt in Andernach 59,8 %, in Bonn 53 %, in Düren 63,1 %, in Galkhausen 59 %, in Grafenberg 50,5 %, in Johannistal 62,5 %, in Merzig 47 %, in Köln-Lindenthal 29,6 %, in Brauweiler 72,7 %. Für geisteskranke männliche Verbrecher besitzt die Provinz 2 Bewahrungshäuser — Düren und Brauweiler, hier der Arbeitsanstalt angegliedert — mit je 48 und 60 Betten. Ein drittes Bewahrungshaus mit 60 Betten soll der im Bau begriffenen, demnächst zu eröffnenden Heil- und Pflege-Anstalt zu Cleve-Bedburg angefügt werden. Gesamtkosten eines Geisteskranken auf das Jahr 686 M., pro Kopf und Tag 1,88 M. Arznei und Verbandmittel kosteten pro Kopf und Jahr 8,18 M.

Ahrweiler (55): Gesamtzahl der Aufnahmen 1898—1909 inkl.: 1575 (826 M. 749 Fr.). Gesamtfrequenz der Anstalt seit Beginn (1877): 2439 (1371 M. 1068 Fr.). Gesamtzahl der Entlassenen in den letzten 12 Jahren 1564 (824 M. 740 Fr.). Höchster Tagesbestand am 13. Juli 1909 mit 115 Kr. Von den 1575 Aufnahmen 213 Ausländer. In geschlossenen Abteilungen 826 (494 M. 332 Fr.), in offenen Abteilungen 749 (445 M. 304 Fr.) behandelt. Bei fast sämtlichen Paralysen voraufgegangene Lues konstatiert, außerdem schwere hereditäre Belastung;

die Krankheit wurde am häufigsten im Alter zwischen 35 und 40 Jahren manifest Anamnestisch bei der Aszendenz als besonders prädisponierende Ursachen Karzinom, Tuberkulose, Potus bei einem Teil des Elternpaares festgestellt. Wert der Beschäftigungstherapie bei „Dementia praecox" besonders betont. Geheilt und gebessert 1/3 der Gesamtentlassungen. Dauer des Anstaltsaufenthaltes bei den Geheilten und Gebesserten meist nicht über 3 Monate. Spätheilungen bei Dementia praecox. Für die Aufnahme in die offenen Abteilungen ist nicht die Diagnose, ob Psychose oder Neurose, sondern das soziale Verhalten der Kranken maßgebend. Beschreibung der Entwicklung der Anstalt in historischer und baulicher Beziehung geht den statistischen Mitteilungen voraus.

Tannenhof (138): Bestand am 1. April 1909: 461 Kr. Zugang 192. Abgang 171. Höchster Krankenbestand 490, niedrigster Krankenbestand 454. Genesen und gebessert 79 (38 M. 41 Fr.), ungeheilt 58 (27 M. 31 Fr.), nicht geisteskrank 9 (7 M. 2 Fr.), gestorben 26 (12 M. 14 Fr.) = 4 % aller Verpflegten. Tuberkulose 1 mal Todesursache. 1 Typhusbazillenträgerin dauernd isoliert.

Hephata-M.-Gladbach (86) verpflegt nur männliche Idioten. Bestand am 1. Januar 1909: 326 Zöglinge. Zugang 54. Abgang 66. Bleibt Bestand 314; davon 159 unter, 155 über 18 Jahre. Die Anstaltsschule besuchten 109, davon 14 zur Konfirmation vorbereitet. Beschäftigung in Werkstätten, in Acker- und Gartenwirtschaft. 32 Todesfälle. Tuberkulose die häufigste Erkrankung, 47 % aller Todesfälle hierdurch bedingt. Etwa 10 % aller Anstaltsinsassen leidet an ausgesprochener Tuberkulose. Ein besonderer Pavillon für Tuberkulöse fehlt noch. Ständige Zunahme der körperlich kranken, siechen Zöglinge.

Ansbach (58): Bestand am 1. Januar 1908: 519 (262 M. 257 Fr.). Zugang 234 (122 M. 112 Fr.). Abgang 189 (97 M. 92 Fr.). Bleibt Bestand 564 (287 M. 277 Fr.). Vom Zugang litten 193 (92 M. 101 Fr.) an einfacher Seelenstörung, 12 (10 M. 2 Fr.) an Paralyse, 13 (10 M. 3 Fr.) an epileptischer Seelenstörung, 10 (4 M. 6 Fr.) an Imbezillität und Idiotie, 1 M. an Delirium pot.; nicht geisteskrank 5 M. Heredität bei 104 (48 M. 56 Fr.). 14,9 % des Zugangs kam im 1. Monat der Erkrankung in die Anstalt (10,8 % M. 19,0 % Fr.), 12,5 % (10,8 % M. 14,3 % Fr.) im 2.—3., 7,7 % (4,9 % M. 10,5 % Fr.) im 4.—6., 6,8 % (10,8 % M. 2,8 % Fr.) im 7.—12. Monat der Erkrankung, 6,2 % (6,8 % M. 5,7 % Fr.) im 2. Jahre der Erkrankung. 47,8 % (48,0 % M. 47,6 % Fr.) über 2 Jahre krank. Krankheitsdauer unbestimmt bei 3,9 %. Zahl der Aufnahmen in den ersten Monaten wieder gefallen. Mit dem Strafgesetz waren in Konflikt geraten 26 (22 M. 4 Fr.); vor der Erkrankung 9 (5 M. 4 Fr.). Genesen und gebessert 97 (50 M. 47 Fr.), ungeheilt entlassen 23 (11 M. 12 Fr.), davon 10 M. in eine andere Anstalt; gestorben 64 (31 M. 33 Fr.) = 8,5 % aller Verpflegten. Durchschnittlich beschäftigt 46,0 % M. und 27,5 % Fr. 3 Typhusfälle. Im Isolierhaus jetzt 10 Bazillenträger.

Bayreuth (59): Bestand am 1. Januar 1909: 599 (341 M. 258 Fr.). Zugang 187 (105 M. 82 Fr.). Abgang 162 (94 M. 68 Fr.). Bleibt Bestand 624 (352 M. 272 Fr.). Vom Zugang litten 125 (65 M. 60 Fr.) an einfacher Seelenstörung, 12 (9 M. 3 Fr.) an Paralyse, 23 (9 M. 14 Fr.) an Epilepsie, 10 (7 M. 3 Fr.) an Imbezillität, 13 (12 M. 1 Fr.) an Delir. pot.; nicht geisteskrank 4 (3 M. 1 Fr.). Krank-



heitsdauer vor der Aufnahme bei 48 (25 M. 23 Fr.) bis zu 1 Monat, bei 12 (2 M. 10 Fr.) 2—3, bei 6 (4 M. 2 Fr.) 4—6, bei 9 (5 M. 4 Fr.) 7—12 Monate, bei 8 (7 M. 1 Fr.) bis zu 2 Jahren, bei 49 (30 M. 19 Fr.) über 2 Jahre; unbekannt bei 6 M. Heredität bei 46 (28 M. 18 Fr.). Mit dem Strafgesetz waren in Konflikt geraten 25 (22 M. 3 Fr.), 19 M. vor der Erkrankung. Zur Beobachtung gemäß § 81 9 (8 M. 1 Fr.), davon 3 nicht geisteskrank. Geheilt und gebessert 78 (47 M. 31 Fr.), ungebessert 32 (20 M. 12 Fr.), davon 18 (12 M. 6 Fr.) in eine andere Anstalt, gestorben 48 (24 M. 24 Fr.) = 6,1 % der Verpflegten. Tuberkulose 10 mal, Krebs 1 mal Todesursache. Vermehrung der Wachabteilungen mußte wegen Platzmangel unterbleiben; zurzeit auf jeder Geschlechtsseite 3 Wachstationen. Die bisherige Petroleumbeleuchtung durch elektrische Beleuchtung aus städtischer Zentrale ersetzt.

Eglfing (74): Bestand am 1. Januar 1909: 1154 (589 M. 565 Fr.). Zugang 556 (324 M. 232 Fr.). Abgang 484 (298 M. 186 Fr.). Bleibt Bestand 1226 (615 M. 611 Fr.). Normalbelegzahl 1156 Plätze. Vom Zugang litten 311 (139 M. 172 Fr.) an einfacher Seelenstörung, 108 (73 M. 35 Fr.) an Paralyse, 33 (24 M. 9 Fr.) an Seelenstörung mit Epilepsie, Hysteroepilepsie, 22 (15 M. 7 Fr.) an Imbezillität, Idiotie, 68 (60 M. 8 Fr.) an Delirium pot.; 14 (13 M. 1 Fr.) nicht geisteskrank. Krankheitsdauer vor der Aufnahme bei 77 (22 M. 55 Fr.) bis 1 Monat, bei 86 (33 M. 53 Fr.) 2—3, bei 59 (35 M. 24 Fr.) 4—6, bei 87 (59 M. 28 Fr.) 7—12 Monate, bei 39 (25 M. 14 Fr.) im 2. Jahre, bei 150 (106 M. 44 Fr.) über 2 Jahre. Heredität bei 174 (79 M. 95 Fr.), Erblichkeit fraglich und unbekannt bei 324 (201 M. 123 Fr.). Zur Beobachtung 21, davon 9 (8 M. 1 Fr.) geisteskrank (Epilepsie, Imbezillität, Alkoholismus, Psychopathie, Hysterie, Haftpsychose). Mit dem Strafgesetz in Konflikt geraten 109 (97 M. 12 Fr.); vor der Erkrankung 43 (37 M. 6 Fr.), nach der Erkrankung 66 (60 M. 6 Fr.), davon bestraft 34 (31 M. 3 Fr.). Genesen und gebessert 183 (106 M. 77 Fr.), ungeheilt 138 (93 M. 45 Fr.), davon 92 (57 M. 35 Fr.) in andere Anstalten. Gestorben 151 (87 M. 64 Fr.) = 9 % aller Verpflegten. Bei 16,6 % der Sterbefälle Tuberkulose Todesursache. 79 der Verstorbenen paralytisch. Krebs 3mal Todesursache. 75 (69 M. 6 Fr.) Entweichungen, davon blieben 24 (23 M. 1 Fr.) versuchsweise zu Hause. Regelmäßig beschäftigt 150 M. 205 Fr.; dauernd bettlägerig aus körperlichen und psychischen Gründen 390 Kr. Kleine Typhusepidemie, veranlaßt durch eine Bazillenträgerin. Wesentliche Aufbesserung der Bezüge des Wartpersonals. Neben freier Station III. Klasse erhalten Wärter 660—1500 M., Wärterinnen 540—1260 M.; Höchstgehalt vom 19. Dienstjahr ab.

Kaufbeuren (90): Bestand am 1. Januar 1909: 614 (305 M. 309 Fr.). Zugang 318 (166 M. 152 Fr.), davon 225 erste Aufnahmen. Abgang 291 (159 M. 132 Fr.). Bleibt Bestand 641 (312 M. 329 Fr.). Vom Zugang litten 240 (105 M. 135 Fr.) an einfacher Seelenstörung, 21 (15 M. 6 Fr.) an Paralyse, 18 (10 M. 8 Fr.) an Seelenstörung mit Epilepsie, 12 (10 M. 2 Fr.) an Imbezillität, 21 M. an Delir. potat.; nicht geisteskrank 6 (5 M. 1 Fr.). Zur Beobachtung gemäß § 81 kamen 13 (9 M. 4 Fr.). Heredität bei 54 %. Mit dem Strafgesetz in Konflikt geraten 35 (72 M. 8 Fr.), davon 10 (9 M. 1 Fr.) vor der Erkrankung. 40 % aller Erstaufnahmen kamen im ersten Vierteljahr der Erkrankung in die Anstalt. Genesen und gebessert 161 ((90 M. 71 Fr.), ungeheilt 77 (40 M. 37 Fr.), davon 45 in andere An-



stalten. Gestorben 47 (24 M. 23 Fr.) = 5% aller Verpflegten. Unter den Ver-storbenen 16 Paralysen. Tuberkulose 8 mal, Krebs 1 mal Todesursache. Durch-schnittsgewicht der männlichen paralytischen Gehirne 1090,3 g, der weiblichen 1037,5 g. Schwerstes männliches Gehirn 1497 g, schwerstes weibliches Gehirn 1375 g, leichtestes männliches Gehirn 820 g, weibliches Gehirn 825 g. 35 Ent-weichungen (33 M. 2 Fr.). Ausgedehnte Dauerbadbehandlung. Wechsel unter dem Pflegepersonal nach erfolgter Gehaltsaufbesserung und Heiratsbewilligung weniger lebhaft.

Pflegeanstalt Irsee: Bestand am 1. Januar 1909: 267 (125 M. 142 Fr.). Zugang 27 (9 M. 18 Fr.). Abgang 23 (8 M. 15 Fr.). Genesen und gebessert 3 Fr. ungeheilt 2 (1 M. 1 Fr.). Gestorben 18 (5 M. 13 Fr.) = 6,12 % aller Verpflegten. Zugang nur aus Kaufbeuren. Tuberkulose und Krebs je 1 mal Todesursache. Erweiterungsbauten der Anstalt Kaufbeuren fast vollendet. Waschküche neu gebaut; Kochküche umgebaut, reicht jetzt für 1000 Kranke aus.

Kutzenberg (95): Bestand am 1. Januar 1909: 261 (153 M. 108 Fr.). Zugang 150 (88 M. 62 Fr.), davon 101 direkt aus der Familie. Abgang 138 (88 M. 50 Fr.). Bleibt Bestand 273 (153 M. 120 Fr.), davon 14 (9 M. 4 Fr.) beurlaubt. Vom Zugang litten an einfacher Seelenstörung 115 (58 M. 57 Fr.), an Paralyse 11 (9 M. 2 Fr.), an Seelenstörung mit Epilepsie, Hysteroepilepsie 7 (5 M. 2 Fr.), an Imbezillität, Idiotie 6 (5 M. 1 Fr.), an Delir. pot. 11 M. Heredität bei 78 (50 M. 28 F..). Mit dem Strafgesetz in Konflikt geraten 7 M. vor, 7 M. nach der Er-krankung. Krankheitsdauer vor der Aufnahme (135 Erstaufnahmen): bei 25 (14 M. 11 Fr.) bis 1 Monat, bei 14 (7 M. 7 Fr.) 2—3, bei 11 (6 M. 5 Fr.) 4—6, bei 15 (9 M. 6 Fr.) 7—12 Monate, bei 18 (9 M. 9 Fr.) im 2. Jahr, bei 48 (30 M. 18 Fr.) über 2 Jahre; unbekannt bei 4 (2 M. 2 Fr.). Gebessert 85 (51 M. 34 Fr.); ungebessert in andere Anstalten 29 (21 M. 8 Fr.). Gestorben 24 (16 M. 8 Fr.) = 5,8 der Verpflegten. Tuberkulose 6 mal, Krebs 1 mal Todesursache. Gesamtaus-gabe 199391,76 Mk.

Der Gesamtbestand in den Landes-Heil- und Pflege-Anstalten des König-reichs Sachsen (123) betrug zu Beginn des Berichtsjahres 4969 (2331 M. 2638 Fr.) 132 (51 M. 81 Fr.) mehr als am Anfang des Vorjahres. Gesamtzugang 795 (415 M. 380 Fr.). Gesamtabgang 760 (414 M. 346 Fr.). Bleibt Bestand 5004 (2332 M. 2672 Fr.), 35 (1 M. 34 Fr.) mehr als am Jahresanfang.

Sonnenstein: Anfangsbestand: 607 (329 M. 278 Fr.). Zugang 150 (75 M. 75 Fr.). Abgang 137 (74 M. 63 Fr.). Bleibt Bestand 620 (330 M. 290 Fr.).

Untergöltzsch: Anfangsbestand 523 (251 M. 272 Fr.). Zugang 91 (36 M. 55 Fr.). Abgang 87 (44 M. 43 Fr.). Bleibt Bestand 527 (243 M. 284 Fr.).

Zschadraß: Anfangsbestand 550 (274 M. 276 Fr.). Zugang 111 (61 M. 50 Fr.). Abgang 109 (59 M. 50 Fr.). Bleibt Bestand 552 (276 M. 276 Fr.).

Großschweidnitz: Anfangsbestand 484 (204 M. 280 Fr.). Zugang 98 (46 M. 52 Fr.). Abgang 103 (44 M. 59 Fr.). Bleibt Bestand 479 (206 M. 273 Fr.).

Hubertusburg: Anfangsbestand 1476 (559 M. 917 Fr.). Zugang 190 (99 M. 91 Fr.). Abgang 175 (91 M. 84 Fr.). Bleibt Bestand 1491 (567 M. 924 Fr.).



Colditz: Anfangsbestand 597 (307 M. 290 Fr.). Zugang 39 (18 M., 21 Fr.). Abgang 44 (23 M. 21 Fr.). Bleibt Bestand 592 (302 M. 290 Fr.).

Hochweitzschen: Anfangsbestand 742 (417 M. 325 Fr.). Zugang 116 (80 M. 36 Fr.). Abgang 105 (79 M. 26 Fr.). Bleibt Bestand 753 (418 M. 335 Fr.). Vom Gesamtzugang waren 767 (398 M. 369 Fr.) Neuaufnahmen. Hiervon haben 525 (224 M. = 70,1 % und 301 Fr. = 88,0 %) an einfacher Seelenstörung, 76 (66 M. = 20,8 % und 10 Fr. = 2,9 %) an Paralyse, 13 (4 M. = 1,2 % und 9 Fr. = 2,6 %) an Seelenstörung mit Epilepsie und Hysteroepilepsie, 15 (10 M. = 3,1 % und 5 Fr. = 1,4 %) an Imbezillität, 30 (13 M. = 4,1 % und 17 Fr. = 5,0 %) an Idiotie gelitten. Die Dementia praecox in ihren verschiedenen Formen beträgt reichlich 30 % aller Aufnahmen. Von den in Hochweitzschen aufgenommenen Kranken litten 8 (7 M. 1 Fr.) an Epilepsie ohne Komplikation, 12 (11 M. 1 Fr.) an Epilepsie bei angeborener geistiger Debilität, 22 (16 M. 6 Fr.) an Epilepsie mit Imbezillität, 62 (40 M. 22 Fr.) an Epilepsie mit fortschreitender geistiger Abschwächung, 5 (3 M. 2 Fr.) an Epilepsie mit Ausgang in Blödsinn, 4 (1 M. 3 Fr.) an Epilepsie mit Hysterie; nur 10,6 % waren psychisch intakt, während fast 90 % mehr oder minder Zeichen geistiger Abschwächung bis zur Verblödung boten. Krankheitsdauer bei den den Heil- und Pflege-Anstalten für Geisteskranke Zugeführten vor der Aufnahme: bei 26,8 % bis zu 3, bei 9,7 % bis zu 6, bei 14,2 % bis zu 12, bei 13,0 % bis zu 2 Jahren. In die Pflegeanstalt Colditz kamen 15,4 % nach einer Krankheitsdauer bis zu 6 Monaten, 7,7 % waren bis zu 1 Jahr, 7,7 % bis zu 2 Jahren, 51,2 % über 5 Jahre krank. Auch bei den in Hochweitzschen aufgenommenen Epileptikern finden sich „frische Fälle bis zu 2 Jahren Krankheitsdauer" nur in kleiner Zahl. In allen Anstalten ist die Zahl der Aufnahmen geringer geworden. Infolge allgemeiner Überfüllung mußten 263 Aufnahmeanträge abgelehnt werden. Heredität bei 47,7 % des Zugangs. Alkoholmißbrauch bei 12 % der aufgenommenen Männer Krankheitsursache. Bei 22 von den aufgenommenen 66 paralytischen Männern Lues nachweisbar, von den 10 aufgenommenen Paralysen hatten 9 Lues überstanden. Kopftrauma bei etwa 8,8 % M. und 1,2 % Fr. Krankheitsursache. Bei 20 % der weiblichen Kranken waren Vorgänge im Geschlechtsleben, Pubertät, Schwangerschaft, Puerperium, Laktation, Klimakterium Krankheitsursachen. Heredität bei den aufgenommenen Epileptikern 53,5 %; Belastung besonders durch Epilepsie und Alkoholismus. 18,1 % der Epileptiker bot Entartungszeichen. Genesen oder gebessert sind aus den Heil- und Pflegeanstalten für Geisteskranke 225 (114 M. 138 Fr.) entlassen = 40,5 % der Aufnahmen. 67 % der Kurerfolge fallen ins erste Behandlungsjahr, nach 1½ jähriger Anstaltsbehandlung war bei nicht mehr ganz 20 % ein Behandlungserfolg zu verzeichnen. Hochweitzschen hat nur 4 Kr. als genesen und 38 Kr. als gebessert entlassen. Gestorben in den Irrenanstalten 262 (136 M. 126 Fr.) = 6,3 % des durchschnittlichen Gesamtbestandes (7,2 % M. 5,5 % Fr.). In der Epileptikeranstalt sind 31 (24 M. 7 Fr.) gestorben = 4,2 % des durchschnittlichen Bestandes. Paralyse war in ⅓ aller Todesfälle Todesursache, 52,2 % M. u. 13,4 % Fr. sind an Paralyse gestorben. Tuberkulose ist in 14,5 % aller Todesfälle Todesursache gewesen, Krebs 12 mal. 2 Selbstmorde. In Hochweitzschen 2 Todesfälle durch Erstickung im Anfall und



2 Todesfälle infolge von Schädelbruch, entstanden durch Sturz beim Anfall. Wechsel beim männlichen und weiblichen Pflegepersonal sehr gering. Großer Wechsel bei den „Hilfswärterinnen". Die gutgestellten und sonst zufriedenen verheirateten Pfleger streben mehr und mehr darnach, die Hauptmahlzeiten in ihrer Familie einzunehmen und die Abende und Nächte noch häufiger als jetzt zu Hause verbringen zu dürfen. Überfüllung in allen Anstalten, besonders in den Abteilungen für Unruhige und Wachbedürftige; überall hat die Zahl der „Unruhigen" zugenommen. In Sonnenstein 4, in Untergöltzsch 12 Typhusfälle durch Einschleppung; in Großschweidnitz große Typhusepidemie durch Einschleppung; in Hubertusburg 8 Typhusfälle, dabei 5 Bazillenträgerinnen gefunden. Zur Bekämpfung des in Hubertusburg endemischen Typhus wird Beseitigung des Tonnensystems, Einrichtung von Wasserspülung und Umbau der zu engen und unpraktischen Küche gefordert.

In Waldheim Anfangsbestand 190. Zugang 103. Abgang 102. Bleibt Bestand 191. Vom Zugang 95 schwer vorbestraft, 8 aus Untersuchungsgefängnissen. 65 = 78,3 % haben an einfacher Seelenstörung, 3 = 3,6 % an Paralyse, 6 = 7,2 % an Seelenstörung mit Epilepsie, 9 = 10,9 % an Imbezillität gelitten. Krankheitsursachen besonders Erblichkeit, angeborene Anlage, Alkoholmißbrauch. Einzelhaft, Geheilt und gebessert 7, ungeheilt 65 in die neueingerichtete Irrenabteilung bei der Landes-Strafanstalt Bautzen, gestorben 3, davon 1 an Tuberkulose. Beschäftigt 82,5 % der Verpflegten.

In Bautzen ist zur Entlastung von Waldheim im Anschluß an die Landesstrafanstalt, räumlich von ihr getrennt in einem besonderen Gebäude, eine Abteilung für Geisteskranke eingerichtet mit 70 Betten. Bestand am Jahresschluß 68. 77 % mit Tütenkleben, Hand- und Gartenarbeit beschäftigt.

Die psychiatrische und Nervenklinik zu Leipzig — 170 Betten — hat 1005 (591 M. 414 Fr.) verpflegt. Durchschnittliche Verpflegungsdauer bei Männern 49,4, bei Frauen 67,8 Tage. Von den Verpflegten waren 603 Geisteskranke, 239 Nervenkranke, 163 Alkoholiker. Heredität bei 125, Alkoholmißbrauch bei 190. Abgang 849, davon 54 gestorben.

Die städtische Heil- und Pflege-Anstalt zu Dresden verpflegte: 1. in der Heilanstalt — 120 Betten — 1139 (707 M. 432 Fr.) und zwar 760 Geisteskranke, 282 Alkoholiker, 97 Nervenkranke. Zugang 1641, davon 341 erblich belastet und 380 mit Alkoholmißbrauch. Abgang 969, davon 55 gestorben. Auf die männlichen Kranken kamen durchschnittlich 26,6, auf die weiblichen 39,5 Verpflegungstage. 2. in der Pflegeanstalt — 1200 Betten — 1748 (806 M. 942 Fr.) und zwar 1165 Geisteskranke, 89 Alkoholiker, 494 Nervenkranke, Zugang 594, davon 175 mit erblicher Belastung, 114 mit Alkoholmißbrauch. Abgang 594, davon 238 gestorben. In der Zweiganstalt Luisenhaus — 189 Betten — sind 206 (128 M. 78 Fr.) verpflegt und zwar 180 Geisteskranke, 3 Alkoholiker, 23 Nervenkranke. Zugang 20, davon 10 mit Heredität, 6 mit Alkoholmißbrauch. Abgang 21, davon 8 gestorben. Die von der Stadt Dresden eingerichtete Heilanstalt für Trunksüchtige in Klingenberg — 22 Betten — hat 37 M. verpflegt, davon 15 als geisteskrank erkannt. Durchschnittlicher Tagesbestand 19 M.

Die der Stadt Leipzig gehörende Irrenanstalt zu Leipzig-Thonberg —



65 Betten — hat 71 (33 M. 38 Fr.) verpflegt und zwar 61 Geisteskranke, 1 Alkoholiker, 9 Nervenkranke. Zugang 27, davon 10 mit Heredität. Abgang 24, davon 5 gestorben.

Die städtische Nervenheilanstalt zu Chemnitz — 124 Betten — verpflegte 418 (243 M. 175 Fr.). Bei einem durchschnittlichen Tagesbestand von 54 M. u. 56 Fr., und zwar 316 Geisteskranke, 50 Alkoholiker, 52 Nervenkranke. Zugang 316, darunter 87 mit Heredität, 52 mit Alkoholmißbrauch. Abgang 306, davon 13 gestorben.

Die Privatirren- und Nervenheilanstalten zu Neucoswig (Lindenhof), Tharandt, Möckern, Prödel und Elsterberg — 225 Betten — haben 438 (240 M. 198 Fr.) verpflegt und zwar 253 Geisteskranke, 21 Alkoholiker, 164 Nervenkranke bei einem mittleren Tagesbestand von 88 M. u. 80 Fr. Vom Zugang 49 erblich belastet, 26 mit Alkoholmißbrauch.

Die Unfallnervenklinik für Männer Hermannhaus in Stötteritz — 40 Betten — verpflegte 1027 Kr., 982 Nervenkranke, 44 Geisteskranke, 1 Alkoholiker. Zugang 1008 Kr., davon 101 mit Heredität, 64 mit Alkoholmißbrauch. Abgang 1014. Durchschnittlicher Krankenbestand täglich 35.

In der Abteilung für Schwachsinnige der Landeserziehungsanstalt für Blinde und Schwachsinnige zu Chemnitz Anfangsbestand 482. Zugang 138 (85 Kn. 53 Md.). Abgang 105, davon 3 gestorben. Zugang fast ganz aus armen Volksschichten. Ätiologische Momente besonders Alkoholismus der Eltern (vor allem des Vaters), Geisteskrankheit, Epilepsie. Große Anzahl der Kinder hatte von frühester Jugendzeit an Krämpfen gelitten, viele boten neben dem Schwachsinn Zeichen von Rachitis und Skrophulose.

In der Abteilung für bildungsfähige, schwachsinnige Kinder zu Hubertusburg sind 118 verpflegt. Anfangsbestand 89 (45 Kn. 44 Md.). Zugang 29, Abgang 26. Bleibt Bestand 92 (45 Kn. 47 Md.).

Dösen (71): Bestand am 1. Januar 1909: 1072 (568 M. 504 Fr.). Zugang 535 (383 M. 152 Fr.). Abgang 471 (336 M. 135 Fr.).. Bleibt Bestand 1136 (615 M. 521 Fr.). Vom Zugang kamen 404 (313 M. 91 Fr.) aus der psychiatrischen Klinik, aus anderen Anstalten 46 (21 M. 25 Fr.). An einfacher Seelenstörung litten 226 (132 M. 94 Fr.), an Paralyse 112 (88 M. 24 Fr.), an Imbezillität, Idiotie 33 (26 M. 7 Fr.).), an Epilepsie mit und ohne Seelenstörung 51 (41 M. 10 Fr.), an Hysterie 10 (3 M. 7 Fr.), an Neurasthenie 2 (1 M. 1 Fr.), an Chorea 1 Fr., an Tabes 2 (1 M. 1 Fr.), an anderen Krankheiten des Nervensystems 8 (5 M. 3 Fr.), an Alkoholismus 86 (83 M. 3 Fr.), an Morphinismus 1 Fr., an anderen Krankheiten 3 M. Bei 45,2 % der aufgenommenen Paralysen Lues sicher nachgewiesen. Alkoholmißbrauch in 126 Fällen Krankheitsursache. Heredität bei 44,3 % der aufgenommenen Männer und bei 25 % der aufgenommenen Frauen. Unter den an einfacher Seelenstörung Leidenden waren 34,9 % erblich belastet, unter den Paralysen 22,3 %, unter den Imbezillen und Idioten 54,5 %, unter den Epileptikern 45,1 %, unter den Hysterischen 40 %, unter den Alkoholkranken 41,8 %. Dauer der Krankheit vor der Aufnahme bei 80 (61 M. 19 Fr.) bis zu 3 Monaten, bei 35 (21 M. 14 Fr.) 3—6 Monate, bei 59 (39 M. 20 Fr.) bis 1 Jahr, bei 57 (41 M. 16 Fr.) 1—2 Jahre, bei 281 (211 M.



70 Fr.) mehr als 2 Jahre); unbekannt bei 23 (10 M. 13 Fr.). Nur 21,5 % des Zugangs nicht länger als ½ Jahr erkrankt. Geheilt und gebessert 253 (200 M. 53 Fr.), ungeheilt 93 (61 M. 32 Fr.). Gestorben 125 (75 M. 50 Fr.) = 7,8 % der Verpflegten. Tuberkulose 13 mal, Krebs 3 mal, Suizid 1 mal Todesursache. Epileptischen Kindern wird fleischlose Kost gereicht, um die Zahl der Krampfanfälle herabzusetzen, dabei ist aufgefallen, daß die Kinder weniger zu Unreinlichkeit neigen und äußerlich geordneter und ruhiger erscheinen. Regelmäßig beschäftigt 254 M. u. 250 Fr. In Familienpflege am Jahresschluß 73 (41 M. 32 Fr.). In der Außenabteilung für Alkoholkranke 10 Patienten.

Im Königreich Württemberg (150) waren am 1. Januar 1909 in sämtlichen Irrenanstalten 3966 Kr. untergebracht, 106 mehr als im Vorjahr. Ein in einer Irrenanstalt untergebrachter Geisteskranker kommt auf 610 Einwohner (gegen 1907: 626). Der Bestand in den Staatsirrenanstalten ist von 2523 auf 2571 gestiegen. die Zahl der Aufnahmen auf 688 zurückgegangen. 179 Aufnahmeanträge sind wegen Raummangels abgelehnt. Bestand in den Privatirrenanstalten von 1236 auf 1276 gestiegen, der Bestand an Staatspfleglingen von 737 auf 757. Aufnahmeziffer auch hier zurückgegangen von 423 auf 402. Überall Überfüllung und Raummangel. Die ungünstige Finanzlage des Staates erlaubt weder den Neubau einer Anstalt noch Vergrößerung der schon bestehenden Anstalten.

Winnental: Bestand am 1. Januar 1908: 403 (196 M. 207 Fr.). Zugang 126 (76 M. 50 Fr.). Abgang 124 (82 M. 42 Fr.). Bleibt Bestand 405 (190 M. 215 Fr.).

Schussenried: Bestand am 1. Januar 1908: 496 (271 M. 225 Fr.). Zugang 153 (93 M. 60 Fr.). Abgang 152 (93 M. 59 Fr.). Bleibt Bestand 497 (271 M. 226 Fr.).

Zwiefalten: Bestand am 1. Januar 1908: 545 (308 M. 237 Fr.). Zugang 121 (66 M. 55 Fr.). Abgang 95 (46 M. 49 Fr.). Bleibt Bestand 571 (328 M. 243 Fr.).

Weißenau: Bestand am 1. Januar 1908: 540 (286 M. 254 Fr.). Zugang 118 (71 M. 47 Fr.). Abgang 109 (81 M. 28 Fr.). Bleibt Bestand 549 (276 M. 273 Fr.)

Weinsberg: Bestand am 1. Januar 1908: 539 (264 M. 275 Fr.). Zugang 170 (106 M. 64 Fr.). Abgang 160 (95 M. 65 Fr.). Bleibt Bestand 549 (275 M. 274 Fr.).

Gesamtzugang in den 5 Staatsirrenanstalten 688 (412 M. 276 Fr.). Gesamtabgang 640 (397 M. 243 Fr.). Vom Gesamtzugang litten 22 (16 M. 6 Fr.) an angeborener Seelenstörung, 472 (243 M. 229 Fr.) an einfacher Seelenstörung, 84 (58 M. 26 Fr.) an Geistesstörungen mit nachweisbarem anatomischen Befund, 41 (30 M. 11 Fr.) an Seelenstörung mit Epilepsie, 30 (29 M. 1 Fr.) an Intoxikationspsychosen; zur Beobachtung kamen 39 (36 M. 3 Fr.). Die primären Demenzformen betragen fast ¹/₃ aller Aufnahmen; das periodische und zirkuläre Irresein hat etwas abgenommen, während die chronische Verrücktheit wieder häufiger diagnostiziert wird. Von den an Paralyse Erkrankten waren 73,3 % M. und 26,7 % Fr. Langsame, aber doch stetige Zunahme der Paralyse. Auch die epileptischen Geistesstörungen haben wieder zugenommen. Die häufigsten Erkrankungen fallen in diesem Berichtsjahr in das Alter von 31—35, demnächst in dasjenige von 26—30 Jahren. Das Verhältnis zwischen männlichen und weiblichen Kranken hinsichtlich des Alters der



Erkrankung hat sich nicht geändert. 12,7 % der Aufnahmen war mit dem Strafgesetz in Konflikt geraten und zwar 9,7 % vor, 3 % nach der Erkrankung. Zahl der kriminellen Geisteskranken seit 1900 im Rückgang begriffen. Heredität bei 49,1 % der Erstaufnahmen (54,5 % M., 45,5 % Fr.). Alkoholismus bei 11,6 %, Lues bei 1,7 %, Trauma bei 3,3 % Krankheitsursache. Von den Erstaufnahmen standen 18,5 % im 1. Monat, 15,2 % im 2. und 3. Monat, 15,2 % im 4.—6., 11,6 % im 7.—12. Monat der Erkrankung; 33,7 % im 1. Vierteljahr, 48,9 % im 1. Halbjahr, 60,5 % im 1. Jahr der Erkrankung; bei 39,5 % bestand die Erkrankung länger als 1 Jahr vor der Aufnahme. Die Frühaufnahmen, besonders diejenigen im 1. Monat der Erkrankung haben weiter abgenommen. Geheilt und gebessert 52,8 % des Gesamtabgangs, ungeheilt 21,1 %, gestorben 26,1 % (= 5,2 % aller Verpflegten). Todesfälle an Tuberkulose haben erheblich zugenommen (= 30 % der Todesfälle). Familienpflege nicht erweitert; in Weinsberg noch nicht damit begonnen. Die für alle Anstalten neu eingeführte Speiseordnung erlaubt Kranken und Angestellten alkoholische Getränke nur auf ausdrückliche Anordnung des Direktors, sonst erhalten weder Kranke noch Angestellte derartige Getränke; die Angestellten bekommen statt dessen eine Geldentschädigung. Zwiefalten hat für alte, sieche, bettlägerige Kranke eine besondere Kostform eingeführt, bei der Fleisch zugunsten der Kohlenhydrate zurücktritt; sie hat sich bewährt. In Winnental 13 Typhusfälle durch Einschleppung und 1 Suizid. In Zwiefalten erschlug ein Katatoniker bei der Arbeit einen Wärter, mit dem er schon seit Jahren zusammen gearbeitet hatte. In Weinsberg erhängte sich ein melancholischer Kranker. — Gesamtzahl der in den 6 Privatirrenanstalten des Landes behandelten Geisteskranken 1638 (739 M. 899 Fr.), davon 896 (415 M. 481 Fr.) Staatspfleglinge = 54,7%. Anfangsbestand in den 6 Privatanstalten 1236 (554 M. 682 Fr.). Gesamtzugang 402 (185 M. 217 Fr.). Gesamtabgang 362 (162 M. 200 Fr.). Bleibt Bestand 1276 (577 M. 699 Fr.), davon 757 (357 M. 400 Fr.) Staatspfleglinge. Unter den Aufnahmen stehen die primären Demenzformen wieder obenan. Die alkoholischen Formen zeigen eine erhebliche Zunahme, während sie in den Staatsanstalten zurückgegangen sind. Krankheitsdauer der Erstaufnahmen vor der Aufnahme betrug bei 17% 1 Monat, bei 30 % 1 Vierteljahr, bei 44 % 1 Halbjahr, bei 55 % 1 Jahr. Heredität bei 50 % (37 % M. 63 % Fr.). Alkoholismus war 7 mal, Lues 2 mal, Trauma 1 mal Krankheitsursache. Geheilt und gebessert entlassen 58 % des Gesamtabgangs, gestorben 23 % = 5,1 % aller Verpflegten. Tuberkulose in 17 % der Todesfälle Todesursache. 2 Fälle von Selbstmord.

Von den „Oberamtsphysikaten" sind teils vor der Aufnahme in eine Staats- oder Privatirrenanstalt, teils ohne daß sich eine solche anschloß, 1003 Kr. — 924 Geisteskranke und 79 Epileptiker — behandelt. Von den Geisteskranken sind nur 85 = 9,2 % in eine Anstalt gebracht, 682 sind zunächst im „Bezirksirrenlokal" behandelt; von hier sind dann 233 in eine Heilanstalt überführt, 363 genesen oder gebessert entlassen, 37 in anderweitige Pflege untergebracht; 49 starben im „Irrenlokal".

Württembergs Heil- und Pflege-Anstalten für Epileptische und Schwachsinnige, zum größten Teil Privatanstalten, haben 2384 Kr. verpflegt. Hinsichtlich

Heredität fand sich in Stetten bei den direkt Belasteten als Belastung vom Vate meist Trunksucht, als Belastung von Mutterseite am häufigsten Schwachsinn.

Stetten (133): Höchstbelegungsziffer 495. Höchster Krankenbestand 493, niederster 471. Zugang 73 (38 M. 35 Fr.). Abgang 87 (48 M. 39 Fr.). Fast bei der Hälfte der Aufgenommenen Krankheitsdauer vor der Aufnahme über 6 Jahre. Bei 28 der 32 aufgenommenen Schwachsinnigen Krankheit angeboren, bei 17 direkte erbliche Belastung besonders durch Trunksucht und Geisteskrankheit. 56 % der Epileptischen und 47 % der Schwachsinnigen erblich belastet. Daneben „Hirnentzündung" und Scharlach häufig Krankheitsursache. 8 % des Abgangs geheilt, 26 % gebessert. Gestorben 10 = 1,7 % aller Verpflegten. Von 220 Aufnahmegesuchen konnten nur 73 = 30 % berücksichtigt werden. Jugendliche Schwachsinnige und Epileptische werden bei den Aufnahmen zunächst berücksichtigt, erziehungs- und bildungsfähige Kinder in erster Linie aufgenommen.

Gehlsheim (83): Bestand am 1. Januar 1909: 335 (170 M. 165 Fr.). Zugang 247 (135 M. 112 Fr.). Abgang 234 (130 M. 104 Fr.). Bleibt Bestand 348 (175 M. 173 Fr.). Vom Zugang litten 172 (87 M. 85 Fr.) an einfacher Seelenstörung, 8 M. an Paralyse, 23 (17 M. 6 Fr.) an Seelenstörung mit Epilepsie, 11 (6 M. 5 Fr.) an Idiotie und Kretinismus, 4 (2 M. 2 Fr.) an Delir. potat.; 29 (15 M. 14 Fr.) nicht geisteskrank. Krankheitsdauer vor der Aufnahme bei 43 (24 M. 19 Fr.) bis zu 1 Monat, bei 18 (8 M. 10 Fr.) 2—3, bei 9 (4 M. 5 Fr.) 4—6, bei 19 (8 M. 11 Fr.) 7—12 Monate, bei 18 (8 M. 10 Fr.) 1—2 Jahre, bei 80 (45 M. 35 Fr.) über 2 Jahre; unbestimmt bei 27 (21 M. 6 Fr.). Heredität bei 92 (43 M. 49 Fr.). Zur Beobachtung 4 M., davon 2 nicht geisteskrank. Zur Begutachtung nach Unfall 1 M. Genesen und gebessert 102 (59 M. 43 Fr.), ungeheilt 54 (29 M. 25 Fr.); nicht geisteskrank 29. Gestorben 45 (25 M. 20 Fr.) = 7,73 % aller Verpflegten. Tuberkulose 7 mal, Typhus 1 mal, Krebs 1 mal Todesursache. 3 monatige Typhusepidemie. Gesamtausgabe 253 210,69 M.

Sachsenberg (124): Bestand am 1. Januar 1909: 575 (288 M. 287 Fr.). Zugang 124 (78 M. 46 Fr.). Abgang 138 (88 M. 50 Fr.). Bleibt Bestand 561 (278 M. 283 Fr.). Vom Zugang litten 97 (55 M. 42 Fr.) an einfacher Seelenstörung, 8 M. an Paralyse, 12 (10 M. 2 Fr.) an Seelenstörung mit Epilepsie, 2 M. an Delir. potat., 4 (2 M. 2 Fr.) an Idiotie, Kretinismus; nicht geisteskrank 1 M. Krankheitsdauer vor der Aufnahme bei 33 (19 M. 14 Fr.) bis zu 1 Monat, bei 10 (4 M. 6 Fr.) 2—3, bei 8 (3 M. 5 Fr.) 4—6, bei 6 M. 7—12 Monate, bei 1 Fr. 1—2 Jahre, bei 49 (30 M. 19 Fr.) über 2 Jahre, bei 16 (15 M. 1 Fr.) unbestimmt. Heredität bei 42 (25 M. 17 Fr.). Zur Beobachtung 5 M., davon 1 M. nicht geisteskrank. Genesen und gebessert 44 (31 M. 13 Fr.); ungeheilt 44 (27 M. 17 Fr.). Gestorben 49 (29 M. 20 Fr.) = 7 % aller Verpflegten. Krebs 4 mal, Tuberkulose 2 mal Todesursache. Durchschnittlich täglich beschäftigt 52 % M. und 40 % Fr. Gesamtausgabe 418 362,39 M. Verpflegungskosten für 1 Kr. III. Klasse täglich 65 Pf.

Strelitz (135): Bestand am 1. Januar 1908: 187 (94 M. 93 Fr.). Zugang in beiden Berichtsjahren 125 (59 M. 66 Fr.). Abgang 122 (62 M. 60 Fr.). Bleibt Bestand 190 (91 M. 99 Fr.). Vom Zugang litten 77 (23 M. 54 Fr.) an einfacher Seelenstörung, 11 (8 M. 3 Fr.) an Paralyse, 13 (10 M. 3 Fr.) an Imbezillität, Idiotie

(3 M. 2 Fr.) an Epilepsie mit und ohne Seelenstörung, 5 (4 M. 1 Fr.) an anderen Krankheiten des Nervensystems, 9 (6 M. 3 Fr.) an Alkoholismus; nicht geisteskrank 5 M. Krankheitsdauer vor der Aufnahme bei 24 (11 M. 13 Fr.) bis zu 1 Monat, bei 10 (1 M. 9 Fr.) 2—3, bei 8 (1 M. 7 Fr.) 4—6, bei 13 (5 M. 8 Fr.) 7—12 Monate, bei 2 M. 1—2 Jahre, bei 48 (25 M. 23 Fr.) über 2 Jahre; unbestimmt bei 15 (9 M. 6 Fr.). Heredität bei 64 (40 M. 24 Fr.). Pubertät 4 mal, Involution 7 mal, Senium 12 mal, Lues 9 mal, Potus 15 mal, Kopftrauma 7 mal, schwächende körperliche Einflüsse 10 mal, Haft 3 mal Krankheitsursache. Zur Beobachtung 12; 6 gemäß § 81, davon 2 nicht geisteskrank. Genesen und gebessert 51 (30 M. 21 Fr.), ungeheilt 19 (11 M. 8 Fr.). Gestorben 47 (16 M. 31 Fr.) = 15 % aller Verpflegten. Tuberkulose 3 mal, Krebs 3 mal Todesursache. Regelmäßig beschäftigt 28 % M. und 28,5 % Fr. Neubau eines Krankenhauses für Idioten und Epileptiker und eines Doppelhauses für verheiratete Pfleger mit Räumen für Familienpfleglinge. Im Mittelbau des Krankenhauses unten Anstaltsarztwohnung, darüber Festsaal; Seitenflügel für Kranke bestimmt. Gesamtausgabe 138 481,58 M. Beköstigung kostete durchschnittlich pro Kopf und Tag 62 Pf.

Wehnen (146): Bestand am 1. Januar 1909: 275 (151 M. 124 Fr.). Zugang 123 (53 M. 70 Fr.). Abgang 114 (48 M. 66 Fr.). Bleibt Bestand 284 (156 M. 128 Fr.). Zahl der Krankenbetten 314. Vom Zugang litten 9 (5 M. 4 Fr.) an angeborenem Schwachsinn, 5 (4 M. 1 Fr.) an Paralyse, 7 M. an Irresein bei Hirnerkrankung, 12 (4 M. 8 Fr.) an Dement. senil., 4 (1 M. 3 Fr.) an epileptischem Irresein, 5 (4 M. 1 Fr.) an Alkoholismus, 2 Fr. an infektiösem Irresein, 1 M. an degenerativem Irresein, 34 (10 M. 24 Fr.) an Dement. praecox, 21 (8 M. 13 Fr.) an manisch-depressivem Irresein, 4 (1 M. 3 Fr.) an Paranoia, 6 (1 M. 5 Fr.) an akuter halluzinatorischer Verwirrtheit, 7 (1 M. 6 Fr.) an Hysterie, 1 M. an chronisch-nervöser Erschöpfung, 4 M. an Psychopathie, 1 M. nicht geisteskrank. Zur Beobachtung gemäß § 81 kamen 8 (7 M. 1 Fr.). Geheilt und gebessert 50 (21 M. 29 Fr.), ungeheilt 35 (15 M. 20 Fr.), nicht geisteskrank 1 M., gestorben 28 (11 M. 17 Fr.) = 7 % aller Verpflegten. Tuberkulose war 2 mal, Krebs 1 mal Todesursache. Unter den Verstorbenen 7 Paralysen. Gesamtausgabe 280 269,34 M.

Sigmaringen (130): Bestand am 1. April 1909: 160 (77 M. 83 Fr.). Zugang 40 (20 M. 20 Fr.). Abgang 52 (23 M. 29 Fr.). Bleibt Bestand 148 (74 M. 74 Fr.). Summe der Verpflegten 200 (97 M. 103 Fr.), davon 132 (57 M. 75 Fr.) mit einfacher Seelenstörung, 2 M. mit Paralyse, 39 (23 M. 16 Fr.) mit Imbezillität, Idiotie, 20 (13 M. 7 Fr.) mit Epilepsie, mit und ohne Seelenstörung, 4 Fr. mit Hysterie, 3 (2 M. 1 Fr.) mit Alkoholismus. Geheilt und gebessert 16 (7 M. 9 Fr.); ungeheilt 5 (1 M. 4 Fr.); gestorben 31 (15 M. 16 Fr.) = 15 % aller Verpflegten. In der Abteilung für körperlich Kranke sind 491 (342 M. 149 Fr.) verpflegt worden.

Roda (118): Bestand am 1. Januar 1909: 395 (203 M. 192 Fr.). Zugang 140 (77 M. 63 Fr.). Abgang 142 (71 M. 71 Fr.). Bleibt Bestand 393 (209 M. 184 Fr.). Vom Zugang 93 (42 M. 51 Fr.) mit einfacher Seelenstörung, 14 (12 M. 2 Fr.) mit Paralyse, 7 (3 M. 4 Fr.) mit Imbezillität, Idiotie, 11 (8 M. 3 Fr.) an Epilepsie mit und ohne Seelenstörung, 2 (1 M. 1 Fr.) an Hysterie, 1 Fr. an Chorea, 1 Fr. an Tabes, 1 M. an anderer Krankheit des Nervensystems, 7 M. an Alkoholismus; nicht geistes-



krank 3 M. Heredität bei 62 (37 M. 25 Fr.). Alkoholmißbrauch bei 14 M. Krankheitsursache. Geheilt und gebessert 80 (40 M. 40 Fr.), ungeheilt 22 (14 M. 8 Fr.). Gestorben 40 (17 M. 23 Fr.) = 7,5 % der Verpflegten. Tuberkulose 2 mal, Krebs 1 mal, Typhus 2 mal Todesursache. In Familienpflege am Jahresschluß 37 (12 M. 25 Fr.). In der Abteilung für heilbare Körperkranke — 68 Betten — insgesamt 231 (191 M. 40 Fr.) verpflegt.

Martinshaus zu Roda (119) = Zweiganstalt des herzoglichen Genesungshauses, untersteht seiner Direktion sowohl in ärztlicher Beziehung wie hinsichtlich der Verwaltung; Idiotenanstalt für Knaben und Mädchen von 6—16 Jahren. Bestand am 1. Januar 1909: 80 (47 M. 33 Fr.). Zugang 19 (10 M. 9 Fr.). Abgang 13 (6 M. 7 Fr.). Bleibt Bestand 86 (51 M. 35 Fr.). Von den verpflegten 99 Idioten waren behaftet mit Epilepsie 14 (9 M. 5 Fr.), mit Chorea mit und ohne Epilepsie 9 (7 M. 2 Fr.), mit Lähmungen der Hirnnerven 6 (3 M. 3 Fr.), der Gliedmaßen 8 (3 M. 5 Fr.), mit Chorea und Lähmungen 5 (3 M. 2 Fr.). Die Schule besuchten 73 (43 M. 30 Fr.), mit Erfolg 64 (38 M. 26 Fr.). Konfirmiert 4 Fr. Geistes- oder Nervenkrankheiten in der Aszendenz bei 66 (31 M. 35 Fr.), Alkoholismus bei 17 (16 M. 1 Fr.), Lues bei 5 (2 M. 3 Fr.), Tuberkulose bei 10 (7 M. 3 Fr.).

Lindenhaus (100): Bestand am 1. April 1909: 372 (188 M. 184 Fr.). Zugang 139 (73 M. 66 Fr.). Abgang 118 (62 M. 56 Fr.). Bleibt Bestand 393 (199 M. 194 Fr.). Im ganzen verpflegt 511 (261 M. 250 Fr.), davon litten 394 (189 M. 205 Fr.) an einfacher Seelenstörung, 8 (6 M. 2 Fr.) an Paralyse, 34 (13 M. 21 Fr.) an Imbezillität, Idiotie, 42 (29 M. 13 Fr.) an Epilepsie, 5 Fr. an Hysterie, 1 M. an Neurasthenie, 23 (20 M. 3 Fr.) an Alkoholismus, 1 Fr. an Morphinismus; nicht geisteskrank 5 (3 M. 2 Fr.). Hiervon bei der Aufnahme geisteskrank weniger als 1 Jahr 16,9 %, 1—2 Jahre 6,5 %, 2—4 Jahre 12,9 %, 4—6 Jahre 11,9 %, 6—8 Jahre 10 %, 8—10 Jahre 6,5 %, mehr als 10 Jahre 34,4 %. Heredität durch Psychosen und Neurosen von Vatersseite bei 16,4 %, von Muttersseite 10,3 %, von beiden Seiten 6,5 %, durch Trunksucht 0,8 % — 0,4 % — 0,4 %, durch Lues 12,7 % — 1,8 % — 0,98 %, durch Tuberkulose 2,2 % — 2,5 % — 1,2 %. Mit dem Strafgesetz in Konflikt geraten 76 (61 M. 15 Fr.) = 14,8 %; als Trinker bekannt 109 (90 M. 19 Fr.) = 21,3 %. Sonnenstich 2 mal, Haft 17 mal, Schwangerschaft und Entbindung 29 mal, Klimakterium 36 mal, Trauma 19 mal, Typhus und Influenza je 11 mal, Tuberkulose 15 mal, Gelenkrheumatismus 4 mal, andere körperliche Erkrankungen 19 mal, Lues 15 mal Krankheitsursache. Zur Beobachtung 15 (11 M. 4 Fr.). Geheilt und gebessert 74 (43 M. 31 Fr.); ungeheilt 13 (2 M. 11 Fr.). Gestorben 26 = 5 % aller Verpflegten. Tuberkulose 7 mal, Krebs 3 mal Todesursache. 38,5 % M. und 50,1 % Fr. durchschnittlich täglich mit Bettruhe behandelt. Ausgiebige Bäderbehandlung auch des Nachts. Den Bädern werden 20—40 ccm Fluinol zugesetzt, seitdem keine Hautausschläge mehr. Elektromassage hat besonders bei Bekämpfung chronischer Obstipation gute Dienste getan. Scopolamin mehr und mehr durch Äther-Sauerstoffnarkose ersetzt. Durchschnittlich täglich beschäftigt 54,1 % M. und 37,9 % Fr. Zu Beginn des Berichtsjahres schwere Diphtheritisepidemie. Prophylaktische Serumbehandlung aller Anstaltsinsassen hat die Seuche völlig zum Erlöschen gebracht. Beköstigung kostete pro Verpflegungstag 0,705 M.



Friedrichsberg (82): Bestand am 1. Januar 1909: 1418 (718 M. 700 Fr.). Zugang 1089 (591 M. 498 Fr.). Abgang 1096 (577 M. 519 Fr.). Bleibt Bestand 1411 (732 M. 679 Fr.). Vom Zugang litten 598 (254 M. 344 Fr.) an einfacher Seelenstörung, 156 (120 M. 36 Fr.) an Paralyse, 74 (59 M. 15 Fr.) an Imbezillität und Idiotie, 64 (42 M. 22 Fr.) an Epilepsie mit und ohne Seelenstörung, 42 (11 M. 31 Fr.) an Hysterie, 1 M. an Neurasthenie, 4 (3 M. 1 Fr.) an Chorea, 2 M. an Tabes, 49 (22 M. 27 Fr.) an anderen Krankheiten des Nervensystems, 80 (63 M. 17 Fr.) an Alkoholismus, 1 Fr. an Morphinismus, 3 (1 M. 2 Fr.) an anderen Krankheiten, 15 (13 M. 2 Fr.) nicht geisteskrank. Heredität bei 168 (78 M. 90 Fr.), Trunksucht bei 136 (116 M. 20 Fr.). Zur Beobachtung gemäß § 81 34 (32 M. 2 Fr.). Geheilt und gebessert 417 (177 M. 240 Fr.), ungebessert 453 (276 M. 177 Fr.), davon 308 (197 M. 111 Fr.) nach Langenhorn, gestorben 206 (106 M. 100 Fr.) = 8,2 % aller Verpflegten. Paralyse war bei 53 (39 M. 14 Fr.) Todesursache. Anscheinend nach Genuß von Reis mit Bananen bei 241 Patienten der Pflegeabteilung plötzlich schwere Durchfälle; bakteriologische und chemische Untersuchung ohne Ergebnis. In der Frauenabteilung Saal mit 6 Feuertonwannen für Dauerbäder eingerichtet. Wechsel besonders unter dem männlichen Pflegepersonal noch lebhaft. Laboratorien für serologische und experimental-psychologische Untersuchungen neu eingerichtet. Gesamtausgabe 1 494 667,63 M. Totalausgabe pro Kopf und Tag 2,86 M.

Langenhorn (97): Bestand am 1. Januar 1909: 1039 (569 M. 470 Fr.). Zugang 328 (215 M. 113 Fr.). Abgang 175 (127 M. 48 Fr.). Bleibt Bestand 1192 (657 M. 535 Fr.). Gestorben 68 (48 M. 20 Fr.) = 5 % aller Verpflegten. Zur Beobachtung 8 Kr. Wegen Überfüllung sind 2 Baracken mit je 30 Betten aufgestellt. Zur weiteren Vergrößerung der Anstalt 4 791 000 M. bewilligt. Normalbelegungszahl nach Fertigstellung der Erweiterungsbauten 1650 Kr. Zunahme der überwachungsbedürftigen Männer. Gesamtausgabe 1 007 598,83 M. Totalausgabe pro Kopf und Tag 2,50 M.

Alsterdorfer Anstalten bei Hamburg (57): Bestand am 1. Januar 1909: 827 (477 M. 350 Fr.). Zugang 109 (58 M. 51 Fr.), davon unter 16 Jahren 77 (43 M. 34 Fr.). Abgang 89 (42 M. 47 Fr.). Bleibt Bestand 847 (493 M. 354 Fr.). Vom Zugang litten 71 (38 M. 33 Fr.) an Imbezillität, Idiotie, Kretinismus, 37 (19 M. 18 Fr.) an Epilepsie mit und ohne Seelenstörung. Zur Beobachtung 1 M. Gestorben 32 (15 M. 17 Fr.). Die Insassen der Alsterdorfer Anstalten werden auf Grund sichtbarer, anatomisch-nachweisbarer Veränderungen des Kopfes, des Rumpfes und der Extremitäten und nach den Ursachen des geistigen Defektes oder dessen unmittelbare körperliche Folgeerscheinungen in 10 Gruppen gesondert.

Ellen (76): Bestand am 1. Januar 1909: 503 (274 M. 229 Fr.). Zugang 510 (313 M. 197 Fr.). Abgang 465 (281 M. 184 Fr.). Bleibt Bestand 548 (306 M. 242 Fr.). Beim Zu- und Abgang sind die Rückversetzungen aus der Familienpflege und die Entlassungen in diese mitgezählt; ohne das Zugang 451, Abgang 405. Vom Zugang litten 95 (54 M. 41 Fr.) an Dementia praecox, 20 (7 M. 13 Fr.) an Paranoia, 1 M. an Querulantenwahn, 63 (19 M. 44 Fr.) an manisch-depressivem Irresein, 16 (11 M. 5 Fr.) an Melancholie des Rückbildungsalters, 29 (15 M. 14 Fr.) an Im-



bezillität und Idiotie, 10 (3 M. 7 Fr.) an apoplektischem Irresein, 20 (7 M. 13 Fr.) an Dementia senilis, 5 (3 M. 2 Fr.) an Lues cerebri, 47 (38 M. 9 Fr.) an Paralyse, 28 (24 M. 4 Fr.) an konstitutioneller Psychopathie, 52 (26 M. 26 Fr.) an Hysterie, 40 (31 M. 9 Fr.) an Epilepsie, 1 Fr. an Chorea, 68 (63 M. 5 Fr.) an alkoholischen Geisteskrankheiten. Geheilt und gebessert 254 (61 M. 193 Fr.), ungeheilt 102 (31 M. 71 Fr.). Gestorben 76 (38 M. 38 Fr.) = 7,5 % aller Verpflegten. Tuberkulose 18 mal, Krebs 1 mal, Suizid 1 mal Todesursache. Bestand in der Familienpflege am 1. Januar 1909: 153 (75 M. 78 Fr.). Zugang 83 (41 M. 42 Fr.). Abgang 78 (43 M. 35 Fr.). Bleibt Bestand 158 (73 M. 85 Fr.). Vom Abgang wurden 59 (30 M. 29 Fr.) in die Anstalt zurückverlegt. In Haus, Garten, Landwirtschaft und Werkstellen durchschnittlich 46,25 % M. und 43,06 % Fr. des Durchschnittsbestandes beschäftigt. Frequenz der Anstalt nimmt beständig zu. Dauernde Überfüllung. Eine offene Villa für 30 Fr. und ein Verwahrungshaus für 30 M. neu gebaut und in Betrieb genommen. 2 Pflegehäuser mit je 50 Betten im Bau. Schwesternkasino in der neugebauten offenen Frauenvilla eingerichtet. Großer Ärztemangel.

Lübeck (101): Bestand am 1. April 1909: 239 (114 M. 125 Fr.). Zugang 113 (68 M. 45 Fr.). Abgang 88 (48 M. 40 Fr.). Bleibt Bestand 264 (134 M. 130 Fr.). Vom Zugang litten 84 (42 M. 42 Fr.) an einfacher Seelenstörung, 15 (13 M. 2 Fr.) an Paralyse, 6 M. an Seelenstörung mit Epilepsie und Hystero-Epilepsie, 3 M. an Imbezillität, Idiotie, 2 M. an Delir. potat.; 2 M. nicht geisteskrank. Heredität des Zugangs 30,09 %, des Anfangsbestandes 52,72 %. Geheilt und gebessert 33 (17 M. 16 Fr.), nicht geisteskrank 3 (2 M. 1 Fr.), ungeheilt 29 (13 M. 16 Fr.), gestorben 23 (16 M. 7 Fr.). Der Bau der neuen Anstalt hat wesentliche Fortschritte gemacht: 9 Krankenhäuser, Werkstättengebäude, Kegelbahn, Gärtnerhaus, Viehställe sind im Rohbau fertig, das Oberpflegerhaus bewohnt die Bauverwaltung.

Stephansfeld (132): Bestand am 1. April 1909: 955 (425 M. 530 Fr.). Zugang 319 (172 M. 147 Fr.), darunter 36 (17 M. 19 Fr.) aus Hördt zurückversetzt. Abgang 377 (185 M. 192 Fr.). Bleibt Bestand 897 (413 M. 484 Fr.). Vom Zugang litten 185 (81 M. 104 Fr.) an einfacher Seelenstörung, 24 (21 M. 3 Fr.) an Paralyse, 15 (6 M. 9 Fr.) an sonstigen organischen Psychosen, 19 (13 M. 6 Fr.) an Epilespie und Hysterie mit Seelenstörung, 19 (14 M. 5 Fr.) an Imbezillität und Idiotie, 15 M. an Alkoholismus; nicht geisteskrank waren 6 (5 M. 1 Fr.). Zur Beobachtung gemäß § 81 kamen 4 M. Krankheitsdauer vor der Aufnahme bei 34 (18 M. 16 Fr.) bis 1 Monat, bei 38 (18 M. 20 Fr.) 1—3, bei 35 (19 M. 16 Fr.) 4—6, bei 28 (16 M. 12 Fr.) 7—12 Monate, bei 25 (17 M. 8 Fr.) 1—2 Jahre, bei 111 (57 M. 54 Fr.) mehr als 2 Jahre, bei 6 (5 M. 1 Fr.) unbekannt. 8,5 % des Zugangs (13,5 % M. 2,4 % Fr.) litt an Paralyse, davon standen 62 % = 15 bei Beginn der Erkrankung im 4. und 5. Lebensjahrzehnt. Heredität bei 27,1 % M. und 39,8 % Fr. 75 % der aufgenommenen Juden erblich belastet. Trunksucht bei 27 M. (17,4 %) und 3 Fr. (2,5 %) Krankheitsursache. 20 Kr. durch Trunksucht der Eltern belastet. Genesen und gebessert 154 (84 M. 70 Fr.) = 54,4 % aller Aufnahmen; ungeheilt in die Familie 23 (12 M. 11 Fr.), in andere Anstalten 123 (49 M. 74 Fr.), nicht geisteskrank 5 (4 M. 1 Fr.), gestorben 67 (32 M. 35 Fr.) = 5,3 % aller Verpflegten. Tuberkulose war 19 mal (9 M. 10 Fr.), Krebs 1 mal (1 Fr.), Suizid 1 mal Todesursache. Von

den Genesenen und Gebesserten haben 22 (13 M. 9 Fr.) die Anstalt nach 1 Monat, 43 (27 M. 16 Fr.) nach 1—3, 36 (15 M. 21 Fr.) nach 4—6, 20 (10 M. 10 Fr.) nach 7—12 Monaten wieder verlassen. Familienpflege nicht erweitert. 2 Typhusfälle, Infektionsquelle unbekannt. Untersuchung des Stuhlgangs bei allen Aufnahmen; Bazillenträger dabei nicht gefunden. Über 6000 M. wurden als Arbeitsvergütung an Kranke gezahlt. Gesamtausgabe 581 553 M. Beköstigung kostete pro Kopf und Tag 0,78 M.

Hördt (132) seit 1. April 1909 als gemeinsame Irrenpflegeanstalt für Ober-, Unterelsaß und Lothringen in Landesbesitz übergegangen. Hat mit Stephansfeld, das jetzt für den Bezirk Unterelsaß bestimmt ist, nur Direktion, Kassenführung, Apotheke und einzelne Zweige der ökonomischen Verwaltung gemeinsam. Ärztliche Leitung einem Oberarzt übertragen. Bestand 1. April 1909: 436 (214 M. 222 Fr.). Zugang 51 (20 M. 31 Fr.) fast nur aus anderen Bezirksanstalten. Abgang 134 (57 M. 77 Fr.). Bleibt Bestand 353 (177 M. 176 Fr.). Vom Zugang — hauptsächlich Sieche und Unruhige — litten 33 (10 M. 23 Fr.) an einfacher Seelenstörung, 7 (4 M. 3 Fr.) an Seelenstörung bei Epilepsie, Hysterie, 11 (6 M. 5 Fr.) an Imbezillität, Idiotie. Nur bei 6 (1 M. 5 Fr.) betrug die Krankheitsdauer 1—5 Jahre, sonst mehr. Gebessert 1 M., ungeheilt entlassen 101 (39 M. 62 Fr.). Gestorben 32 (17 M. 15 Fr.). Tuberkulose war 15 mal (7 M. 8 Fr.), Dysenterie 2 mal (1 M. 1 Fr.), Krebs 2mal (2 M.) Todesursache. Keine Typhuserkrankung. Zwei Bazillenträgerinnen. Gesamtausgabe 202 150 M. Beköstigung kostete pro Kopf und Tag 0,65 M. Hördt ist Pflegeanstalt für unheilbare, gemeingefährliche, unruhige und unreine Kranke. Mit dem Bau eines Verwahrungshauses für geisteskranke Verbrecher des ganzen Landes ist begonnen.

Rufach (121): Bestand am 1. April 1909: 292 (147 M. 145 Fr.). Zugang 589 (289 M. 300 Fr.). Abgang 264 (160 M. 104 Fr.). Bleibt Bestand 617 (276 M. 341 Fr.). Vom Zugang haben 62 (52 M. 10 Fr.) an alkoholischer Seelenstörung gelitten, 5 (1 M. 4 Fr.) an Infektionsdelir, 3 (1 M. 2 Fr.) an Amentia, 39 (30 M. 9 Fr.) an Paralyse, 5 M. an arteriosklerotischer Seelenstörung, 1 Fr. an Seelenstörung bei organischer Gehirnerkrankung, 25 (11 M. 14 Fr.) an Dementia senilis, 174 (67 M. 107 Fr.) an Dementia praecox, 16 (6 M. 10 Fr.) an Dement. paranoid., 5 Fr. an präsenilem Beeinträchtigungswahn, 15 Fr. an Melancholie, 82 (25 M. 57 Fr.) an manisch-depressiver Seelenstörung, 1 Fr. an Manie, 9 (1 M. 8 Fr.) an Paranoia, 40 (21 M. 19 Fr.) an epileptischer, 8 Fr. an hysterischer, 1 M. an choreatischer Seelenstörung, 35 (28 M. 7 Fr.) an sonstigen konstit. degenerativen Seelenstörungen, 3 M. an traumatischer Seelenstörung, 58 (35 M. 23 Fr.) an Imbezillität und Idiotie, 2 M. nicht geisteskrank. Aus anderen Anstalten kamen 194 (73 M. 121 Fr.). Direkte erbliche Belastung bei 40,8 % M. und 29,6 % F., indirekte bei 22,5 % M. und 29,3 % Fr., bei 34,9 % M. und 9,3 % Fr. war Alkoholmißbrauch Krankheitsursache. Zur Beobachtung 4 M. Genesen und gebessert 187 (122 M. 65 Fr.); in andere Anstalten 26 (7 M. 19 Fr.), nicht geisteskrank 2 M.; gestorben 45 (25 M. 20 Fr.); Tuberkulose 9mal Todesursache. Von kurz dauernden Beurlaubungen wird reichlich und mit Erfolg Gebrauch gemacht. Der Epidemieflügel des Lazaretts hat sich bei einer mit Typhus behafteten Aufnahme bewährt. Für die große Zahl



tuberkulöser Frauen reichte das Tuberkulosenhaus nicht aus, es sind außerdem noch besondere Tuberkulose-Abteilungen eingerichtet. Ausgedehnte Beschäftigung in Gärtnerei und Landwirtschaft.

Am 8. Oktober 1909 ist die Anstalt im Beisein des Statthalters feierlich eröffnet. Der technische Betrieb untersteht einem Ingenieur als Betriebsleiter.

Saargemünd (122): Bestand am 1. Januar 1909: 627 (321 M. 306 Fr.). Zugang 224 (137 M. 87 Fr.). Abgang 227 (136 M. 91 Fr.). Bleibt Bestand 624 (322 M. 302 Fr.). Vom Zugang litten 131 (60 M. 71 Fr.) an einfacher Seelenstörung, 33 (28 M. 5 Fr.) an Paralyse, 24 (19 M. 5 Fr.) an Seelenstörung mit Epilepsie, 13 (9 M. 4 Fr.) an Idiotie und Imbezillität, 17 (16 M. 1 Fr.) an alkoholischer Seelenstörung; nicht geisteskrank 6 (5 M. 1 Fr.). Zur Beobachtung kamen 8, davon 3 nicht geisteskrank. Heredität bei 79 (38 M. = 27,7 % u. 41 Fr. = 47,1 %). Alkoholmißbrauch bei 25,89 % der Aufnahmen Krankheitsursache. Bei 60 % der aufgenommenen Paralysen Lues nachweisbar. Genesen und gebessert 111 (62 M. 49 Fr.), ungeheilt nach Hause 14 (11 M. 3 Fr.), in andere Anstalten 53 (33 M. 20 Fr.); gestorben 49 (30 M. 19 Fr.) = 7,7 % (9,3 % M. 6,2 % Fr.) aller Verpflegten. Tuberkulose war bei 6 (3 M. 3 Fr.) Todesursache = 12,2 % der Gesamtsterblichkeit. 2 Suizide: eine melancholische Kranke befeuchtete ihre Kleider mit Petroleum und zündete sie an, sie starb an ihren Brandwunden; ein Katatoniker trank Saprol, das zum Desinfizieren der Nachtstühle benutzt wurde; Sektion ergab ausgedehnte Verätzungen des Verdauungstraktus. Typhus nicht wieder aufgetreten; 8 Bazillenträgerinnen isoliert, weder Solveol noch Laktobazillin hatten auf ihre Ausscheidungen Einfluß. Bei allen neu eintretenden Kranken, Pflegern und Pflegerinnen wird „Widal" gemacht. Überraschende Besserung einer alten Katatonie nach Pneumonie und einer Paralyse nach Erysipel mit anschließenden multiplen Abszedierungen; die Kranken sind entlassen. Überfüllung nach wie vor groß. 55,94 % der Normalkranken durchschnittlich beschäftigt. Gesamtausgabe 426 961,04 M.

In den 5 Heil- und Pflege-Anstalten Niederösterreichs (109) für Geisteskranke — Am Steinhof in Wien, Mauer-Öhling, Ibbs, Klosterneuburg und Gugging — haben sich zu Beginn des Berichtsjahres 4378 (2251 M. 2127 Fr.) Geisteskranke und 836 (484 M. 352 Fr.) Kolonisten bzw. Geistessieche befunden, zusammen 5214 Kr. Zugang 3527 und zwar 3349 (1908 M. 1441 Fr.) Geisteskranke und 178 (100 M. 78 Fr.) Kolonisten bzw. Geistessieche. Gesamtabgang 3210 und zwar 3045 (1703 M. 1342 Fr.) und 165 (100 M. 65 Fr.). Bleibt Bestand 5531; 4682 (2456 M. 2226 Fr.) u. 849 (484 M. 365 Fr.). Zunahme der Anstaltspfleglinge im Berichtsjahr um 317 Personen. In allen Anstalten zusammen Überbelag von 180. Vom Geisteskrankenbestand am Jahresschluß bilden die an erworbenem Blödsinn (Dementia) Erkrankten den größten Prozentsatz = 28,24 %, ihnen folgen die an Paranoia Leidenden mit 22,19 % und die Paralysen mit 11,15 %. An akuten Geistesstörungen waren 6,77 % erkrankt. Alkoholiker wurden 4,16 % verpflegt. Vom Bestand der Kolonisten und Geistessiechen leiden 26,97 % an erworbenem Blödsinn, 26,74 % an Imbezillität, 24,73 % an Idiotie, 10,72 % an Paranoia, 7,66 % an Epilepsie, 1,18 % an Alkoholismus. Den größten Prozentsatz des Zugangs bilden die an Dementia Leidenden = 18,93 %, ihnen folgen die Paralytiker mit 16,57 %,



die an Paranoia Erkrankten mit 12,13 %, die Alkoholiker mit 11,97 %, die an Amentia Erkrankten mit 9,29 % und die Epileptiker mit 8,12 %. Den größten Prozentsatz der Geheilten stellen die Alkoholiker mit 40 %, ihnen folgen die an Amentia Erkrankten = 17,46 % und die Kranken mit periodischer Geistesstörung = 7,30 %. Auf die akuten Geistesstörungen: Selbstanklagewahn, Tollheit und Verwirrtheit entfallen zusammen 25,24 %. Von den verpflegten 7727 Geisteskranken sind 606 = 7,84 % geheilt entlassen. Gestorben insgesamt 760.

In den 4 Anstalten zur Pflege und Erziehung schwachsinniger Kinder haben sich am Schluß des Berichtsjahres 544 (312 M. 232 w.) befunden.

Der Bericht bringt als Einleitung eine Übersicht über die Entwicklung der Irrenpflege in Niederösterreich sowie eine Beschreibung der neuen Landes-Heil- und Pflege-Anstalt „Am Steinhof". Über Krankenbewegung und -Behandlung, besondere Vorkommnisse, Verpflegung, Verwaltung usw. berichten sämtliche Anstalten ausführlich gesondert.

Niedernhart (108): Bestand am 1. Januar 1909: 728 (347 M. 381 Fr.). Zugang 371 (194 M. 177 Fr.). Abgang 341 (187 M. 154 Fr.). Bleibt Bestand 758 (354 M. 404 Fr.). Vom Zugang litten 31 (20 M. 11 Fr.) an Idiotie und Imbezillität, 207 (86 M. 121 Fr.) an einfacher Seelenstörung, 61 (42 M. 19 Fr.) an Paralyse, 13 (10 M. 3 Fr.) an epileptischer, 13 Fr. an hysterischer, 7 (4 M. 3 Fr.) an neurasthenischer Geistesstörung, 6 (2 M. 4 Fr.) an Seelenstörung mit Herderkrankung, 30 (27 M. 3 Fr.) an Alkoholismus, 1 M. an Morphinismus; nicht geisteskrank 2 M. Heredität bei 139 (63 M. 76 Fr.). Lues 29 mal (15 M. 14 Fr.), Trauma 27 mal (23 M. 4 Fr.), Geburt und Wochenbett 3 mal, Klimakterium 16 mal, Überanstrengung 4 mal (3 M. 1 Fr.), Alkoholmißbrauch 35 mal (32 M. 3 Fr.) Krankheitsursache. Krankheitsdauer vor der Aufnahme bei 46 (24 M. 22 Fr.) bis 1 Monat, bei 22 (13 M. 9 Fr.) 1—2, bei 14 (4 M. 10 Fr.) 2—3, bei 32 (19 M. 13 Fr.) 3—6, bei 45 (21 M. 24 Fr.) bis 1 Jahr, bei 40 (27 M. 13 Fr.) bis 2 Jahre, bei 170 (84 M. 86 Fr.) mehr als 2 Jahre. Geheilt 55 (23 M. 32 Fr.); in andere Anstalten 21 (15 M. 6 Fr.), sonstiger Abgang 136 (77 M. 59 Fr.). Gestorben 129 (72 M. 57 Fr.) = 11,7 % aller Verpflegten. Tuberkulose 24 mal, Paralyse 45 mal, Suizid 1 mal Todesursache. Dauernd zunehmende Überfüllung der Anstalt. Innerhalb der letzten 40 Jahre ist die Zahl der Anstaltspfleglinge nahezu ums Fünffache gestiegen. In Oberösterreich kommt derzeit auf etwa 940 Einwohner 1 Platz in Anstalten. Vorschläge zur Vermehrung der Anstaltsplätze.

Feldhof (78): Bestand am 1. Januar 1909: 1530 (752 M. 778 Fr.); hiervon in der Zentrale Feldhof 1177 (548 M. 629 Fr.), in den Filialen Lankwitz 145 Fr., Hainbach 199 M., Hartberg 9 (5 M. 4 Fr.). Zugang 858 (487 M. 371 Fr.). Abgang 755 (436 M. 319 Fr.). Bleibt Bestand 1633 (803 M. 830 Fr.) und zwar in Feldhof 1281 (592 M. 689 Fr.), in Lankwitz 137 Fr., in Kainbach 207 M., in Hartberg 8 (4 M. 4 Fr.). Vom Zugang litten 62 (36 M. 26 Fr.) an Idiotie und Imbezillität, 457 (217 M. 240 Fr.) an einfacher Seelenstörung, 109 (76 M. 33 Fr.) an Paralyse, 40 (24 M. 16 Fr.) an epileptischer, 39 (8 M. 31 Fr.) an hysterischer, 19 (15 M. 4 Fr.) an neurasthenischer Geistesstörung, 98 (88 M. 10 Fr.) an Alkoholismus; nicht geisteskrank 3 (1 M. 2 Fr.). Geheilt 84 (38 M. 46 Fr.); in andere Anstalten 71



(40 M. 31 Fr.). Gestorben 270 (160 M. 110 Fr.) = 11,30 % aller Verpflegten. 16 Erysipelerkrankungen, 10 Trachomfälle. Tuberkulose 75 mal (37 M. 38 Fr.), Krebs bei 6 Fr. Todesursache. 2 Fälle von Selbstmord durch Erhängen bei chronischen Alkoholisten mit Verfolgungsdelir.

In der Landessiechenanstalt Schwanberg — 200 Betten — Anfangsbestand 206 (105 M. 101 Fr.). Zugang 22 (11 M. 11 Fr.). Abgang 23 (13 M. 10 Fr.). davon 18 (8 M. 10 Fr.) gestorben = 7,89 % aller Verpflegten.

Brünn (64): Bestand am 1. Januar 1909: 755 (422 M. 333 Fr.). Zugang 506 (274 M. 232 Fr.). Abgang 562 (302 M. 260 Fr.). Bleibt Bestand 699 (394 M. 305 Fr.). Vom Zugang litten 18 (12 M. 5 Fr.) an Imbezillität und Idiotie. 300 (116 M. 184 Fr.) an einfachen Seelenstörungen; 61 (53 M. 8 Fr.) an Paralyse; 48 (25 M. 23 Fr.) an Epilepsie, 9 Fr. an Hysterie mit Seelenstörung; 61 (60 M. 1 Fr.) an Alkoholismus. Geheilt und gebessert 157 (96 M. 61 Fr.); in andere Anstalten 242 (112 M. 130 Fr.); ungeheilt entlassen 59 (26 M. 33 Fr.). Gestorben 104 (68 M. 36 Fr.) = 8,24 % aller Verpflegten. Tuberkulose 17 mal (9 M. 8 Fr.) Todesursache. Überfüllung besteht fort. Vom täglichen Durchschnittsbestand der Männerabteilung (376,6): isoliert 1,6 %, im Dauerbad 1,5 %, bettbehandelt 26,9 %, erhielten Schlafmittel 18,1 %, beschäftigt 26,9 %; desgl. Frauenabteilung (293,7): 6,6 %, 0,2 %, 37,3 %, 10,1 %, 18,2 %.

Ungarn (142) verfügt jetzt über 6 familiale Pflegekolonien. Die Zahl der Familienpfleglinge ist im Laufe des Berichtsjahres auf 1060 gestiegen. Der in Kekskemet geplante Neubau einer großen kolonialen Staatsirrenanstalt ist wegen mangelnder Mittel nicht weiter gefördert. Im Anschluß an Krankenhäuser sind zwei größere Spezialabteilungen für Geisteskranke neu eingerichtet. Bestand in den vier Staatsirrenanstalten am 1. Januar 1909: 2192 (1338 M. 854 Fr.). Zugang 1383 (867 M. 516 Fr.). Abgang 1281 (871 M. 410 Fr.). Bleibt Bestand 2294 (1334 M. 960 Fr.). Vom Zugang litten 303 (250 M. 53 Fr.) an Paralyse, 111 (63 M. 48 Fr.) an Seelenstörung mit Epilepsie und Hysterie, 137 (126 M. 11 Fr.) an Alkoholpsychosen. Zur Beobachtung 20 (16 M. 4 Fr.). Geheilt 237 (166 M. 71 Fr.); gebessert 357 (222 M. 135 Fr.); ungeheilt 276 (204 M. 72 Fr.); gestorben 398 (268 M. 130 Fr.); nicht geisteskrank 13 (11 M. 2 Fr.). Bestand in sämtlichen Landesanstalten am 1. Januar 1909: 8497 (4723 M. 3774 Fr.), am Jahresschluß 8860 (4946 M. 3914 Fr.); Zunahme 363.

Burghölzli (67): Bestand am 1. Januar 1909: 397 (182 M. 215 Fr.). Zugang 379 (217 M. 162 Fr.). Abgang 402 (213 M. 189 Fr.). Bleibt Bestand 374 (186 M. 188 Fr.). Vom Zugang waren 291 (178 M. 113 Fr.) sog. frische Aufnahmen. davon 14 (6 M. 8 Fr.) mit angeborenen Psychosen (Schwachsinn, moralischer Defekt), 10 (6 M. 4 Fr.) mit konstitutionellen Psychosen, 149 (73 M. 76 Fr.) mit erworbenen idiopathischen Psychosen —, 12 (6 M. 6 Fr.) mit manisch-depressiven Formen, 120 (54 M. 66 Fr.) mit Dementia praecox-Formen — 44 (33 M. 11 Fr.) mit organischen, 13 (9 M. 4 Fr.) mit epileptischen Störungen, 54 (45 M. 9 Fr.) mit alkoholischen Intoxikationspsychosen; nicht geisteskrank 7 (6 M. 1 Fr.) = zur Beobachtung aufgenommene Verbrecher. Geheilt und gebessert 179 (97 M. 82 Fr.); ungebessert 175 (89 M. 86 Fr.); nicht geisteskrank 7 (6 M. 1 Fr.); gestorben 41



(21 M. 20 Fr.) = 5,24 % aller Verpflegten. Tuberkulose bei 10 (2 M. 8 Fr.), Krebs bei 2 M., Erstickung durch Verschlucken bei Paralyse 1 mal Todesursache. Kanalisation, Installation des elektrischenLichtes auf zwei Abteilungen vollendet. Überfüllung besonders auf den Wach- und Unruhigenabteilungen. Einrichtung der staatlichen Familienpflege. Bettgurt bei 1 M. u. 1 Fr. wegen Selbstverletzung. Regelmäßig beschäftigt 72 % M. u. 79,7 % Fr.

Waldau (143): Bestand am 1. Januar 1909: 639 (313 M. 326 Fr.). Zugang 147 (70 M. 77 Fr.). Abgang 125 (61 M. 64 Fr.). Bleibt Bestand 661 (322 M. 339 Fr.). Vom Zugang litten 6 (2 M. 4 Fr.) an angeborenen, 2 (1 M. 1 Fr.) an konstitut., 103 (37 M. 66 Fr.) an erworbenen einfachen, 14 (10 M. 4 Fr.) an paralytischen, senilen, organischen Störungen, 4 (3 M. 1 Fr.) an Epilepsie, 17 (16 M. 1 Fr.) an Intoxikationspsychosen; nicht geisteskrank 1 M. Zur Beobachtung 4 M., davon 2 geisteskrank. Heredität bei 79 (33 M. 46 Fr.) = 64,75 % der Erstaufnahmen. Genesen und gebessert 64 (29 M. 35 Fr.); ungeheilt 20 (10 M. 10 Fr.), davon 12 (5 M. 7 Fr.) in andere Anstalten. Gestorben 40 (21 M. 19 Fr.) = 5,09 % aller Verpflegten. Tuberkulose 6 mal, Suizid 3 mal Todesursache. 25 Entweichungen, davon 4 entlassen. 116 Aufnahmeanträge abgewiesen.

Münsingen (143): Bestand am 1. Januar 1909: 775 (367 M. 408 Fr.). Zugang 164 (81 M. 83 Fr.). Abgang 146 (72 M. 74 Fr.). Bleibt Bestand 793 (376 M. 417 Fr.). Vom Zugang litten 16 (13 M. 3 Fr.) an angeborenen, 29 (12 M. 17 Fr.) an konstitutionellen, 81 (31 M. 50 Fr.) an einfachen, erworbenen, 14 (6 M. 8 Fr.) an organischen, 3 M. an epileptischen Störungen, 6 (4 M. 2 Fr.) an chronischem Alkoholismus; nicht geisteskrank 15 (12 M. 3 Fr.). Zur Beobachtung 17 (16 M. 1 Fr.). Heredität bei 83 (41 M. 42 Fr.). Geheilt und gebessert 70 (29 M. 41 Fr.); ungeheilt 25 (14 M. 11 Fr.). Gestorben 37 (18 M. 19 Fr.) = 4% der Verpflegten. Paralyse 6 mal, Tuberkulose 11 mal Todesursache. 4 Typhusfälle; Infektionsquelle nicht gefunden. 13 Entweichungen. In Familienpflege 34 (11 M. 23 Fr.).

Bellelay (143): Bestand am 1. Januar 1909: 324 (140 M. 184 Fr.). Zugang 36 (17 M. 19 Fr.). Abgang 39 (23 M. 16 Fr.). Bleibt Bestand 321 (134 M. 187 Fr.). Vom Zugang litten 15 (8 M. 7 Fr.) an angeborenen, 6 (3 M. 3 Fr.) an konstitutionellen, 7 (2 M. 5 Fr.) an erworbenen einfachen, 4 (2 M. 2 Fr.) an organischen Störungen, 1 Fr. an Alkoholismus, 3 (2 M. 1 Fr.) an Epilepsie mit Seelenstörung. Zur Beobachtung 5 M. Geheilt und gebessert 3 (1 M. 2 Fr.), ungeheilt 9 (7 M. 2 Fr.). Gestorben 27 (15 M. 12 Fr.) = 7,2 % aller Verpflegten. Tuberkulose 11 mal Todesursache. Große Überfüllung; Treppenhäuser, Korridore dienen als Schlafräume.

St. Urban (137): Bestand am 1. Januar 1908: 509 (240 M. 269 Fr.). Zugang in beiden Berichtsjahren 298 (184 M. 114 Fr.). Abgang 282 (168 M. 114 Fr.). Vom Zugang waren 236 (146 M. 90 Fr.) erste Aufnahmen und solche mit vorheriger Genesung, davon 5 (4 M. 1 Fr.) mit angeborenen, 7 (3 M. 4 Fr.) mit konstitutionellen Störungen, 153 (83 M. 70 Fr.) mit erworbenen einfachen, 25 (18 M. 7 Fr.) mit paralytisch — senil — organischen Psychosen, 14 (8 M. 6 Fr.) mit epileptischen, 30 (29 M. 1 Fr.) mit Intoxikationspsychosen, nicht geisteskrank 2 (1 M. 1 Fr.). Heredität 222 (127 M. 95 Fr.). Alkoholmißbrauch 83 mal (80 M. 3 Fr.), Kopf-



trauma 7 mal (6 M. 1 Fr.), Gemütsbewegung 17 mal (7 M. 10 Fr.), Gravidität u. Partus 4 mal, Klimakterium 3 mal, Überanstrengung 4 mal (2 M. 2 Fr.). Körperliche Krankheit 13 mal (2 M. 11 Fr.) Krankheitsursache. Geheilt und gebessert 1.. (113 M. 65 Fr.); ungeheilt 42 (25 M. 17 Fr.). Gestorben 60 (29 M. 31 Fr.) = 7.4 der Verpflegten. Tuberkulose 12 mal, Krebs 1 mal Todesursache.

Rosegg (120): Bestand am 1. Januar 1909: 336 (185 M. 151 Fr.). Zugang 74 (45 M. 29 Fr.). Abgang 61 (36 M. 25 Fr.). Bleibt Bestand 349 (194 M. 155 Fr. Vom Zugang litten 2 (1 M. 1 Fr.) an angeborener Geistesstörung. 39 (25 M. 14 Fr. an erworbener einfacher Seelenstörung, 1 M. an Epilepsie, 4 (2 M. 2 Fr.) an Paralyse, 13 (5 M. 8 Fr.) an seniler, 15 (11 M. 4 Fr.) an alkoholischer Geistesstörung. Im ganzen 53 Erstaufnahmen, davon erblich belastet 35 (20 M. 15 Fr.). Krankheitsdauer vor der Aufnahme bei 11 (8 M. 3 Fr.) bis 4 Wochen, bei 5 (3 M. 2 Fr. 2—3, bei 5 (4 M. 1 Fr.) 4—6, bei 5 (3 M. 2 Fr.) 7—12 Monate, bei 8 (3 M. 5 Fr. 1—2 Jahre, bei 19 (10 M. 9 Fr.) 3—5 Jahre und darüber. Geheilt und gebessert .. (24 M. 14 Fr.), ungeheilt 4 (3 M. 1 Fr.), gestorben 19 (9 M. 10 Fr.) = 4.6 % der Verpflegten. Typhus 1 mal, Tuberkulose 4 mal Todesursache. Zur Beobachtung 10 (7 M. 3 Fr.). Regelmäßig beschäftigt 58,5 % M. u. 66 % Fr. Große Überfüllung. Normalbelag 280 (160 M. 120 Fr.).

Friedmatt (81): Bestand am 1. Januar 1909: 294 (145 M. 149 Fr. Zugang 203 (110 M. 93 Fr.). Abgang 213 (117 M. 96 Fr.). Bleibt Bestand 2.. (138 M. 146 Fr.). Vom Zugang litten 7 (4 M. 3 Fr.) an Idiotie und Imbezillität. 97 (40 M. 57 Fr.) an einfachen Formen, 22 (9 M. 13 Fr.) an konstitutionellen, 4 (2 M. 2 Fr.) an epileptischen, 14 (1 M. 13 Fr.) an organischen, 5 M. an paralytischen, 9 M. an senilen, 41 (36 M. 5 Fr.) an alkoholischen, 1 M. an anderer toxischer Form. nicht geisteskrank 3 M. Im ganzen 156 Erstaufnahmen, davon 107 (51 M. 56 Fr. mit Heredität. Krankheitsdauer vor der Aufnahme bei 47 (29 M. 18 Fr.) bis 1 Monat, bei 14 (3 M. 11 Fr.) 2—3, bei 14 (6 M. 8 Fr.) 4—6, bei 8 (5 M. 3 Fr.) 7—12 Monate, bei 6 (2 M. 4 Fr.) 1—2, bei 6 (4 M. 2 Fr.) 3—5, bei 16 (8 M. 8 Fr.) über 5 Jahre, unbekannt bei 45 (28 M. 17 Fr.). Geheilt und gebessert 86 (50 M. 36 Fr.), ungeheilt 60 (18 M. 42 Fr.); nicht geisteskrank 3 M. Gestorben 32 (22 M. 10 Fr.) = 6.4 der Verpflegten. Behandlungsdauer der Geheilten bei 18 (13 M. 5 Fr.) bis 1 Monat, bei 12 (5 M. 7 Fr.) 2—3, bei 4 (3 M. 1 Fr.) 4—6, bei 6 (1 M. 5 Fr. 7—12 Monate.

Sonnenhalde (131) : Bestand am 1. September 1909: 36 Fr. Zugang 109, davon 83 Erstaufnahmen. — Seit Eröffnung der Anstalt am 18. Oktober 19.. im ganzen 822 Fr. aufgenommen. — Abgang 99. Geheilt und gebessert 69; ungebessert 28; gestorben 2. Bleibt Bestand 46 Fr.

Wil (149): Bestand am 1. Januar 1909: 756 (375 M. 381 Fr.). Zugang .. (177 M. 176 Fr.), davon 286 (141 M. 145 Fr.) Geisteskranke, 67 (36 M. 31 Fr. Körperkranke. Abgang 326 (166 M. 160 Fr.). Bleibt Bestand 783 (386 M. 397 Fr. 226 (113 M. 113 Fr.) frische Aufnahmen, davon litten 16 (7 M. 9 Fr.) an angeborenen Psychosen, 17 (11 M. 6 Fr.) an konstitutionellen, 114 (40 M. 74 Fr.) an erworbenen idiopathischen Psychosen — 9 (5 M. 4 Fr.) an manisch-depressivem Irresein, 6 (1 M. 5 Fr.) an Melancholie, 22 (10 M. 12 Fr.) an Katatonie, 2 M. an Hebephrenie, 57 (17 M.



40 Fr.) an Dementia praecox — 49 (28 M. 21 Fr.) an organischen Psychosen, 7 (4 M. 3 Fr.) an epileptischen, 21 an Alkoholpsychosen, je 1 M. an Delirium bei Pneumonie und bei akuter Miliartuberkulose. Heredität bei Männern 62 %, bei Frauen 66 %. Alkoholmißbrauch war bei 35 (34 M. 1 Fr.), Lues bei 5 M., Unfall bei 3 (2 M. 1 Fr.), Kopftrauma bei 2 M., Haft bei 3 M., Puerperium bei 3 Fr., Klimakterium bei 1 Fr. Krankheitsursache. Geheilt und gebessert 148 (66 M. 82 Fr.), ungeheilt 45 (24 M. 21 Fr.), davon 12 (6 M. 6 Fr.) in andere Anstalten. Gestorben 133 (76 M. 57 Fr.) = 12 % aller Verpflegten, auf die körperlich Kranken kommen 19 %, auf die Geisteskranken 10 %. Zur Beobachtung 13 (12 M. 1 Fr.). Von den aufgenommenen Männern waren 33, von den Frauen 2 mit dem Strafgesetz in Konflikt geraten; 30 M. u. 2 Fr. waren schon bei Begehung der Tat geisteskrank. Krebs 15 mal Todesursache, Suizid durch Erhängen 1 mal. Regelmäßig beschäftigt 80 % M. 70 % Fr.; durchschnittlich zu Bett 7,5 % M. 8,3 % Fr., im Dauerbad 3,7 % M. 4,1 % Fr., isoliert 1,4 % M. 1,7 % Fr. 8 Entweichungen (4 M. 4 Fr.).

Münsterlingen (105): Bestand am 1. Januar 1909: 400 (164 M. 236 Fr.) Zugang 139 (64 M. 75 Fr.). Abgang 138 (62 M. 76 Fr.). Bleibt Bestand 401 (166 M. 235 Fr.). Vom Zugang litten an angeborenen Psychosen 11 (6 M. 5 Fr.), an konstitutionellen Formen 14 (2 M. 12 Fr.), an erworbenen Psychosen 65 (22 M. 43 Fr.), an organischen Formen 25 (14 M. 11 Fr.), an epileptischen Psychosen 5 (3 M. 2 Fr.), an Alkoholpsychosen 17 (16 M. 1 Fr.); nicht geisteskrank 2 (1 M. 1 Fr.). Geheilt und gebessert 66 (33 M. 33 Fr.), ungeheilt 38 (18 M. 20 Fr.). Gestorben 32 (10 M. 22 Fr.) = 6 % der Verpflegten. Tuberkulose 2 mal, Krebs 5 mal Todesursache. Dauer der Krankheit bei den Geheilten (7 M. 10 Fr.) vor der Aufnahme bei 13 bis 3, bei 3 bis 6, bei 1 M. bis 2 Jahre. Starke Überfüllung. Deckelbad und Lederhandschuhe noch im Gebrauch; künstliche Ernährung bei 6 M. u. 5 Fr. 827 mal. Ausgiebige Beschäftigung der Kranken in Werkstätten, Land- und Gartenwirtschaft.

St. Pirminsberg (136): Bestand am 1. Januar 1909: 236 (120 M. 116 Fr.). Zugang 96 (54 M. 42 Fr.). Abgang 93 (53 M. 40 Fr.). Bleibt Bestand 239 (121 M. 118 Fr.). Vom Zugang litten 2 (1 M. 1 Fr.) an angeborenen Psychosen, 5 (4 M. 1 Fr.) an konstitutionellen, 70 (36 M. 34 Fr.) an erworbenen Psychosen — und zwar 20 (9 M. 11 Fr.) an manisch-depressivem Irresein, 42 (23 M. 19 Fr.) an verschiedenen Formen der Dementia praecox, 6 (3 M. 3 Fr.) an epileptischen, 6 (4 M. 2 Fr.) an organischen Psychosen, 6 (5 M. 1 Fr.) an Alkoholpsychosen; nicht geisteskrank 1 M. Vom Zugang waren 79 (42 M. 37 Fr.) frische Aufnahmen, davon 70 % erblich belastet. Genesen und gebessert 55 (34 M. 21 Fr.); ungebessert 21 (10 M. 11 Fr.). Durchschnittliche Behandlungsdauer der Genesenen 7 Monate. Krankheitsdauer vor der Aufnahme bei den Genesenen: bis 1 Monat = 8 (4 M. 4 Fr.), 1—3 Monate = 8 (3 M. 5 Fr.), 3—6 Monate = 3 (1 M. 2 Fr.), über 6 Monate = 3 M. Gestorben 17 (9 M. 8 Fr.) = 5 % aller Verpflegten. Zwangsjacke 3 Tage bei einer Katatonika mit intensivem Selbstbeschädigungstrieb. Künstliche Ernährung bei 12 (8 M. 4 Fr.), 203 mal; die Kranken gehörten mit Ausnahme eines Melancholikers sämtlich zur Dementia praecox-Gruppe. Wegen Überfüllung der Abteilungen für Unruhige „Deckelbäder" vorübergehend wieder in Gebrauch



genommen. Inbetriebnahme zweier neugebauter Wachabteilungen mit entsprechenden Einrichtungen hat allen Übelständen ein Ende gemacht. Erfolg des modernen Wachsaalbetriebes auch hier bei chronischen „Zellengästen" überraschend.

Waldhaus (145): Bestand am 1. Januar 1909: 301 (157 M. 144 Fr.). Zugang 107 (63 M. 44 Fr.), davon 94 frische Aufnahmen. Abgang 109 (57 M. 52 Fr.). Bleibt Bestand 299 (163 M. 136 Fr.). Vom Zugang litten 9 (5 M. 4 Fr.) an Imbezillität und Idiotie, 45 (19 M. 26 Fr.) an idiopathischen Psychosen —, 11 (2 M. 9 Fr.) an manisch-depressivem Irresein, 4 (1 M. 3 Fr.) an Paranoia, 6 (2 M. 4 Fr.) an Katatonie, 5 (4 M. 1 Fr.) an Hebephrenie, 8 (7 M. 1 Fr.) an Dementia paranoides —, 10 (9 M. 1 Fr.) an Paralyse, 5 (2 M. 3 Fr.) an Dementia senilis, 4 (3 M. 1 Fr.) an organischen Psychosen, 1 M. an epileptischer Seelenstörung, 17 (14 M. 3 Fr.) an Alkoholpsychosen; nicht geisteskrank 3 (2 M. 1 Fr.). Zur Beobachtung 7 Kr. Heredität bei 52 (28 M. 24 Fr.). Krankheitsdauer vor der Aufnahme bei 25 (13 M. 12 Fr.) bis 1 Monat, bei 18 (9 M. 9 Fr.) 1—6, bei 9 (5 M. 4 Fr.) 6—12 Monate, bei 10 (5 M. 5 Fr.) 1—2, bei 10 (8 M. 2 Fr.) 2—5 Jahre, bei 19 (13 M. 6 Fr.) über 5 Jahre. Geheilt und gebessert 60 (27 M. 33 Fr.), ungeheilt 13 (6 M. 7 Fr.). Gestorben 36 (24 M. 12 Fr.) = 9 % aller Verpflegten. Tuberkulose 6 mal, Krebs 4 mal Todesursache. 15 Kr. erlagen organischen Hirnaffektionen. Sondenernährung in 9 Fällen, bei 1 geheilten Fr. fast ein Jahr lang.

Königsfelden (91): Bestand am 1. Januar 1909: 731 (326 M. 405 Fr.). Zugang 236 (119 M. 117 Fr.). Abgang 191 (91 M. 100 Fr.). Bleibt Bestand 776 (354 M. 422 Fr.). Vom Zugang 169 Erstaufnahmen. Es litten 12 (8 M. 4 Fr.) an Idiotie und Kretinismus, 9 Fr. an konstitutionellen, originären Formen, 134 (57 M. 77 Fr.) an einfachen Störungen — 31 (14 M. 17 Fr.) an manisch-depressivem Irresein, 91 (41 M. 50 Fr.) an Dementia praecox —, 41 (23 M. 18 Fr.) an organischen Störungen, 16 (9 M. 7 Fr.) an epileptischen Störungen, 21 (20 M. 1 Fr.) an alkoholischen Störungen, 3 (2 M. 1 Fr.) nicht geisteskrank. Zur Beobachtung 6 Kr. Trauma 4 mal Krankheitsursache. Heredität bei 148 (67 M. 81 Fr.). Krankheitsdauer vor der Aufnahme bei 26 % bis 3, bei 11 % 4—6, bei 8 % 7—12 Monate, bei 21 % 1—5 Jahre und bei 31 % über 5 Jahre. Geheilt und gebessert 104 (52 M. 52 Fr.); ungeheilt 18 (10 M. 8 Fr.). Gestorben 69 (29 M. 40 Fr.) = 7,1 % aller Verpflegten. Tuberkulose 10 mal, Karzinose und Sarkomatose 7 mal, Erstickung im epileptischen Anfall 1 mal, Selbstmord 2 mal Todesursache.

Ellikon (77): Bestand am 1. Januar 1909: 38 Kr. Zugang 66. Abgang 70. Bleibt Bestand 34. Vom Zugang 29 mit chronischem Alkoholismus, 8 mit Alkoholismus und Psychopathie, 7 mit Delirium tremens, 2 mit Alkoholismus und Debilität, 1 mit Alkoholismus und Apoplexie, 7 mit einfacher Trunksucht, 4 mit Trunksucht und Psychopathie und moralischem Defekt. 8 Aufnahmen im Alter zwischen 19 u. 25, 5 zwischen 25 u. 30, 20 zwischen 30 u. 40, 28 zwischen 40 u. 50, 4 zwischen 50 u. 60 Jahren. Gestorben 1 Kr., wegen anderweitiger Erkrankung bald entlassen 5, anderwärts versorgt 2, entwichen 2, ausgewiesen 4. Von den übrigen 56 Entlassenen sind 43 abstinent geblieben = 76,7 %, halten sich 8 erträg-



lich = 14,2 %, sind 5 rückfällig geworden = 9,1 %. Unter den Geheilten 8 mit einer Aufenthaltszeit von 10—13 Monaten.

Asile de Cery (68): Bestand am 1. Januar 1909: 513 (260 M. 253 Fr.), aufgenommen wurden 365 (203 M. 162 Fr.), entlassen wurden 355 (200 M. 155 Fr.). Gesamtzahl der Verpflegten 878 (463 M. 415 Fr.). Bestand am 31. Dezember 1909: 523 (263 M. 260 Fr.). Von den Entlassenen waren geheilt 54 (33 M. 21 Fr.), gebessert 115 (65 M. 50 Fr.), ungeheilt 94 (58 M. 36 Fr.), es starben 80 (36 M. 44 Fr.). Bei den Aufgenommenen wurde in 166 Fällen Erblichkeit nachgewiesen, in 42 Fällen bestand keine solche, in 46 Fällen war sie unbekannt. 67 Fälle (63 M. 4 Fr.) wurden wegen Alkoholismus aufgenommen. In Familienpflege befanden sich am 1. Januar 1909: 64 (12 M. 52 Fr.), hinzu kamen 15 (12 M. 3 Fr.), in die Anstalt zurückversetzt wurden 21 (10 M. 11 Fr.), eine Frau starb. Bestand am 31. Dezember 1909: 57 (14 M. 43 Fr.). Für nicht arbeitende Kranke wird 1 fr. bezahlt, Erhöhung auf 1 fr. 30 c. in Aussicht genommen. *(Ganter.)*

Préfargier (115): Bestand am 1. Januar 1909: 130 (56 M. 74 Fr.), aufgenommen wurden 111 (54 M. 57 Fr.), entlassen 96 (47 M. 49 Fr.), Bestand am 31. Dezember 1909: 145 (63 M. 82 Fr.). Gesamtzahl der Verpflegten 241 (110 M. 131 Fr.). Von den Entlassenen waren geheilt 36 (20 M. 16 Fr.), gebessert 25 (12 M. 13 Fr.), ungeheilt 20 (7 M. 13 Fr.), gestorben 15 (8 M. 7 Fr.). In 66 Fällen wurde bei der Aufnahme Erblichkeit nachgewiesen, in 18 Fällen (10 M. 8 Fr.) bestand die Krankheit länger als 5 Jahre vor der Aufnahme. *(Ganter.)*

Seit 1. Januar 1909 sind in Holland (44) die Zählkarten eingeführt. Die Zahl der Kranken in den Anstalten nimmt schneller zu als es der Bevölkerungszunahme entspricht.

	Einwohner	Kranke in Anstalten	auf 10 000 der Bevölkerung
31. Dezember 1889	4 511 415	6 050	13,4
31. Dezember 1899	5 104 137	8 139	15,9
31. Dezember 1909	5 853 037	11 746	20,1

Bestand am 1. Januar 1909: 10 920 (5479 M. 5441 Fr.), aufgenommen 4290 (2094 M. 2196 Fr.), darunter solche, die von den einen Anstalten in andere übergeführt wurden: 1629 (742 M. 887 Fr.), aus den Strafanstalten 134 (121 M. 13 Fr.). Geheilt entlassen 731 (336 M. 395 Fr.), ungeheilt 286 (128 M. 158 Fr.), nicht geisteskrank 12 (10 M. 2 Fr.), gestorben 830 (436 M. 394 Fr.). Bestand am 31. Dezember 1909: 11 746 (5931 M. 5815 Fr.), wovon in Familienpflege 148 (60 M. 88 Fr.). *(Ganter.)*

Fort Jaco à Uccle (141): Der Bericht verbreitet sich über den Dienst in der belgischen Privatirrenanstalt Fort Jaco. Nachtwache, Bett- und Bäderbehandlung sind eingeführt. Unterricht des Personals (auch in Elementarfächern). Die Ärzte wohnen nicht in der Anstalt. Die Anstalt besteht aus einer offenen und einer geschlossenen Abteilung. Der Dienst wird auch auf der Männerabteilung, soweit angängig, von Pflegerinnen versehen. 165 Kranke wurden aufgenommen und zwar in die geschlossene Abteilung 54 (31 M. 23 Fr.), in die offene Abteilung 111 (76 M. 35 Fr.). 9 Kranke starben (3 M. 6 Fr.). *(Ganter.)*



Schottland (129): Zahl der Geisteskranken am 1. Januar 1910:

Art der Anstalt	M.	Fr.	Se.	Privatkranke M.	Privatkranke Fr.	Privatkranke Se.	Arme Kranke M.	Arme Kranke Fr.	Arme Kranke Se.
In Kgl. Anstalten ..	1648	1936	3584	842	1059	1901	806	877	1683
„ Distriktsanstalten.	5153	4967	10120	107	190	297	5046	4777	9823
„ Privatanstalten...	33	55	88	33	55	88	—	—	—
„ Gemeindeanstalten	112	101	213	—	—	—	112	101	213
„ Armenhäusern ...	416	408	824	—	—	—	416	408	824
„ Privatwohnungen.	1258	1705	2963	36	84	120	1222	1621	2843
Summe..	8620	9172	17792	1018	1388	2406	7602	7784	15386
„ der Kriminalirrenanstalt zu Perth .	47	6	53	—	—	—	—	—	—
„ den Anstalten für Schwachsinnige ..	311	181	462	90	64	154	221	117	338
Summe..	8978	9359	18337	1108	1452	2560	7823	7901	15724

a) Kgl. und Distriktsanstalten:

Aufgenommen wurden im Berichtsjahr (1909) 3588 (1806 M. 1782 Fr.), geheilt entlassen 1194 (573 M. 621 Fr.), ungeheilt entlassen 919 (441 M. 478 Fr.), gestorben 1329 (716 M. 613 Fr.). Verhältnis der Aufnahmen zur Zahl der Verpflegten 26,2 % (26,5 % M. 25,9 % Fr.), Verhältnis der Heilungen zur Zahl der Aufnahmen 33,3 % (31,7 % M. 34,8 % Fr.), Verhältnis der Todesfälle zur Zahl der Verpflegten 9,7 % (10,7 % M. 8,9 % Fr.).

b) Privatanstalten:

Aufgenommen wurden 11 (5 M. 6 Fr.), geheilt entlassen 6 (2 M. 4 Fr.), ungeheilt 4 Fr., gestorben 3 (1 M. 2 Fr.).

c) Gemeindeanstalten:

Aufgenommen wurden 80 (42 M. 38 Fr.), geheilt entlassen 41 (19 M. 22 Fr.), ungeheilt 57 (32 M. 25 Fr.), gestorben 24 (14 M. 10 Fr.). Verhältnis der Todesfälle zur Zahl der Verpflegten 10,3 % (11,3 % M. 9 % Fr.).

d) Armenanstalten:

Aufgenommen wurden 89 (50 M. 39 Fr.), geheilt entlassen 4 (1 M. 3 Fr.), ungeheilt entlassen 55 (27 M. 28 Fr.), gestorben 37 (18 M. 19 Fr.). Verhältnis der Todesfälle zur Zahl der Verpflegten 4,5 % (4,3 % M. 4,6 % Fr.).

91 Kranke ließen sich freiwillig aufnehmen.

In den Anstalten kamen am 1. Januar 1910 von den Privatkranken 49 und von den armen Kranken 315 auf 100 000 der Bevölkerung.

142 Kranke wurden versuchsweise entlassen, wovon 20 zurückgebracht wurden, und einer starb.

145 Kranke entwichen, wovon 22 zurückgebracht wurden.

117 Unfälle kamen vor, wovon 10 mit tötlichem Ausgang. Unter diesen sind 7 Selbstmordfälle: Ein Kranker durchschnitt sich mit dem Rasiermesser die Kehle,

2 warfen sich unter den Zug, 2 entwichen und ertranken oder ertränkten sich in einem Fluß, 2 sprangen durchs Fenster. 2 Kranke machten einen Selbstmordversuch, indem sie sich die Kehle zu durchschneiden suchten, einer sprang durchs Fenster. Ein Paralytiker erstickte beim Essen, 2 andere verbrühten sich beim Baden. In 59 Fällen handelte es sich um Frakturen und Luxationen, in den übrigen um sonstige Verletzungen.

Die wichtigsten Todesursachen waren: Meningitis 15, allg. Paralyse 207 (169 M. 38 Fr.), Gehirnerweichung 45, Epilepsie und Konvulsionen 84 (54 M. 30 Fr.), Apoplexie 102 (62 M. 40 Fr.), Gehirntumoren und andere organische Gehirnkrankheiten 71 (28 M. 43 Fr.), Erschöpfung nach Manie und Melancholie 75 (33 M. 42 Fr.), Nervenkrankheiten 10, Gefäßkrankheiten 56, Krankheiten der Atmungsorgane 476 (230 M. 246 Fr.), wovon Lungentuberkulose 192 (92 M. 100 Fr.), Herzkrankheiten 361 (187 M. 174 Fr.), Krankheiten der Verdauungsorgane 52 (20 M. 32 Fr.). Krankheiten des Urogenitalapparates 109 (46 M. 63 Fr.), Dysenterie, Enteritis 12.

Vom Personal gingen ab 1034, wovon 803 freiwillig.

Verpflegungskosten der armen Kranken 402 254 Pfund, auf Kopf und Tag 1 s. 5¼ d. *(Ganter.)*

Perth, James Murray's Royal Asylum (114): Bestand am 1. Januar 1909: 127 (63 M. 64 Fr.), aufgenommen 40 (14 M. 26 Fr.), Gesamzahl der Verpflegten 167 (77 M. 90 Fr.), entlassen 37 (13 M. 24 Fr.), und zwar geheilt 10 (6 M. 4 Fr.), gebessert 15 (4 M. 11 Fr.), ungeheilt 2 Fr., gestorben 10 (3 M. 7 Fr.). Erblichkeit bei den Aufgenommenen bei 33 (13 M. 20 Fr.). *(Ganter.)*

Die Anstalt für Schwachsinnige des Staates Pennsylvanien (113) hatte zu Anfang 1908: 1077 Kinder (628 Kn. 449 Md., aufgenommen wurden 76 (43 Kn. 33 Md.), entlassen 42 (28 Kn. 14 Md.), gestorben 23 (9 Kn. 14 Md.) = 1,99% bei 1153 Kindern. Bestand Ende 1908: 1088 (634 Kn. 454 Md.). Von den Aufgenommenen waren hochgradig imbezill 22 (15 Kn. 7 Md.), mittelgradig 27 (15 Kn. 12 Md.), geringgradig 15 (7 Kn. 8 Md.), imbezill-idiotisch 4 (1 Kn. 3 Md.), idiotisch 7 (4 Kn. 3 Md.), moralisch imbezill 1 Kn., 2 litten an Dementia praecox, 12 an Epilepsie. Von den Entlassenen kehrten 14 (11 Kn. 3 Md.) nach Hause zurück, 10 (7 Kn. 3 Md.) gingen in Stellung, 1 Kn. besuchte die Volksschule, 11 (8 Kn. 3 M.) kamen wegen Gemeingefährlichkeit in die Irrenanstalt. 6 (1 Kn. 5 M.) kehrten ungebessert nach Hause zurück. Von den wichtigsten Todesursachen seien genannt Epilepsie 8 (1 Kn. 7 Md.), Tuberkulose 5 (4 Kn. 1 Md.), dann die Lungenkrankheiten. Die Schule besuchten 325 (201 Kn. 124 Md.). *(Ganter.)*

Russell (37): Von den Staatsirrenanstalten der Vereinigten Staaten gab es vor 1850 nur 20. Am 31. Dezember 1903 zählte man 328 Irrenanstalten, wovon 226 öffentliche und 102 private. — Im Staate New York wurden in 5 Jahren 47 % der Aufnahmen geheilt oder gebessert entlassen. 40 % der Todesfälle kommen auf das erste Jahr des Anstaltsaufenthaltes. Verf. wünscht keine größere Anstalt als für 1500—2000 Kranke. Ein Arzt kommt auf 150—200 Kranke. Die Zulassung zum ärztlichen Dienst hängt von einem Examen, die als Direktor von einer mindestens 5jährigen Dienstzeit ab. *(Ganter.)*

Santiago (125). Männerabteilung: Bestand am 1. Januar 1908: 789, aufgenommen 465, Gesamtzahl der Verpflegten 1254. Entlassen wurden



469, davon geheilt 173, gebessert 54, nach Hause geholt 99, entwichen 33, nach dem Armenhaus übergeführt 4, gestorben 105, nicht geisteskrank 1. Bestand am 31. Dezember 1908: 741, wovon 83 Pensionäre und 658 arme Kranke. Bei 33 % der Aufnahmen war der übermäßige Alkoholgenuß die Ursache der Geisteskrankheit. Demnächst folgen das degenerative Irresein, die akute Manie und Melancholie und das epileptische Irresein. Bei den Aufnahmen konnte nur in 18 Fällen keine Erblichkeit nachgewiesen werden, in 39 fehlten nähere Angaben, in 100 Fällen handelte es sich um Alkoholismus der Eltern. Am Ende des Jahres waren 158 Kranke in der Kolonie untergebracht.

In der Poliklinik wurden 1112 Kranke (370 M. 742 Fr.) behandelt.

Frauenabteilung: Bestand am 1. Januar 1908: 857, aufgenommen 439, Gesamtzahl der Verpflegten 1296. Entlassen wurden 424, davon geheilt 153 = 34,8 % der Aufnahmen, gebessert 28 = 6,3 % der Aufnahmen, nach Hause geholt 119, gestorben 119 = 9,1 % der Verpflegten, entwichen 1, nach dem Armenhaus übergeführt 1, nicht geisteskrank 3. Bestand am 31. Dezember 1908: 872. Als Ursache der Geisteskrankheit ließ sich bei den Aufnahmen nachweisen: Erblichkeit in 15,2 %, Degeneration in 13,8 %, übermäßiger Alkoholgenuß in 4,7 %, Gemütsbewegungen in 4,3 % usw. In 19,1 % rührte die Belastung vom Vater, in 18,7 % von der Mutter her. 3 Kranke waren unter 10 Jahren, 5 Kranke über 80 Jahre alt. Unter den Todesursachen kommt zuerst die Tuberkulose mit 31 %, dann die Pneumonia mit 29,4 %, die Dysenterie mit 7,5 %. *(Ganter.)*

Greenlees (19): Bis zum Jahre 1872 befand sich auf Robben Island, einer einsamen 8 Meilen vom Festland entfernten Insel, die einzige Irrenanstalt der Kapkolonie. Erst mußte jemand für verbrecherisch und dann als geisteskrank erklärt werden, bis er dort untergebracht werden konnte. Mit dem Jahre 1889 begann unter Dr. *Dodds* die Reform des Irrenwesens. Gegenwärtig besitzt die Kolonie 8 Irrenanstalten und 2 Krankenhäuser für die Aufnahme der Geisteskranken. Zahl der Kranken 3000—4000. Unterhaltungskosten 300 000 Pfund. Robben Island ist jetzt Verbrecherirrenanstalt. Die daselbst verbrachte Zeit wird auf die Strafe angerechnet. Des weiteren gibt es eine Anstalt zur Pflege und Erziehung Schwachsinniger, die einzige in Afrika. Pensionskasse und Unterricht mit Examen für das Personal. *(Ganter.)*

Der brandenburgische Hilfsverein für Geisteskranke zu Eberswalde (61) hat 4651,95 M. als Geldunterstützungen an Geisteskranke gegeben. Mitgliederzahl 370. Bericht über die Entwicklung der Familienpflege Geisteskranker unter besonderer Berücksichtigung der Eberswalder Verhältnisse. Mitgliederverzeichnis.

Der Hilfsverein für die Geisteskranken in Hessen (88) Gesamteinnahme 44 872 M. Gesamtausgabe 42 075 M. An Unterstützungen wurden im ganzen 28 440,91 M. verausgabt und zwar 661,67 M. an 44 Anstaltspfleglinge. 603,85 M. an 40 Hilfsbedürftige bei der Entlassung, 12 635,82 M. an 133 Hilfsbedürftige nach der Entlassung, 8333,70 M. an die Angehörigen von 85 Pfleglingen. 138 M. für psychisch Nervöse an 4 Personen, 6067,87 M. an 19 Personen für in Familien untergebrachte Pfleglinge. Nachruf für den verstorbenen Begründer des Vereins Geh. Med.-Rat Dr. *G. Ludwig.*



Der Hilfsverein für Geisteskranke in der Rheinprovinz (117) hatte am Jahresschluß 14 955 Mitglieder. Zuwachs 687 Mitglieder. An Unterstützungen wurden 21 784,67 M. verausgabt. Vereinnahmt sind 40 103,19 M. Bericht über den 3. internationalen Kongreß für Irrenpflege in Wien. Mitgliederverzeichnis. Satzungen des Vereins.

Der Hilfsverein für rekonvaleszente Geisteskranke in Württemberg (151) hat in den beiden Berichtsjahren 183 Personen mit 11 049,79 M. unterstützt. Es wird besonders darauf hingewiesen, daß die „Erfolge" sich nicht nur auf Krankheitsformen mit günstigen Genesungsaussichten beschränken, daß vielmehr Erfolge auch bei den sogenannten unheilbaren Krankheiten erzielt worden sind. Statuten. Mitgliederverzeichnis.

Der Hilfsverein für arme Irre des Kantons Luzern (104) ermöglicht armen Kantonsangehörigen in Fällen von Geisteskrankheit den Eintritt in die Anstalt, unterstützt Entlassene beim Austritt aus der Anstalt und will außerdem richtige Anschauungen über das Irrenwesen verbreiten und die Irrenpflege in jeder Weise fördern. Mitgliederzahl 4652. Als Unterstützungen wurden verausgabt 15 360 Fr. Mitgliederverzeichnis. Populärer Vortrag über „Alkoholgenuß und Geisteskrankheiten".



Alphabetisches Inhaltsverzeichnis des Literaturberichtes.

(Die Zahlen mit einem Sternchen (*) bedeuten die Seiten des Literaturberichtes, die Zahlen ohne Stern die Nummern der angeführten Veröffentlichungen.)

---

1. Sachregister.

























2. Autorenregister.







ALLGEMEINE ZEITSCHRIFT FÜR PSYCHIATRIE
UND PSYCHISCH-GERICHTLICHE MEDIZIN
HERAUSGEGEBEN VON
DEUTSCHLANDS IRRENÄRZTEN

LITERATURHEFT ZU BAND LXVIII

BERICHT
ÜBER DIE
PSYCHIATRISCHE LITERATUR
IM JAHRE 1910

REDIGIERT
VON

OTTO SNELL
DIREKTOR DER HEIL- U. PFLEGEANSTALT
LÜNEBURG

AUSGEGEBEN AM 17. NOVEMBER 1911



BERLIN
W. 35. GENTHINERSTRASSE 38
DRUCK UND VERLAG VON GEORG REIMER
1911.

JÄHRLICH EIN BAND VON 7 HEFTEN PREIS PRO BAND 30 MARK
(6 HEFTE ORIGINALIEN UND 1 HEFT LITERATURBERICHT.)

VERLAG VON GEORG REIMER BERLIN W. 35

HEINRICH LAEHR, Die Literatur der Psychiatrie, Neurologie und Psychologie von 1459 bis 1799

Mit Unterstützung der Kgl. Akademie der Wissenschaften zu Berlin — Bd. I: Die Literatur von 1459 bis 1699. Bd. II: Die Literatur von 1700 bis 1799. Band III: Register der Bände I/II. 8°. 3 Bände. Geh. 80 Mk.

In den stattlichen drei Bänden liegt ein Werk vor uns, auf das stolz zu sein die deutsche Psychiatrie ein Anrecht hat. Ihr Nestor hat am Abende seines Lebens den Mut gehabt, ein solches Werk zu unternehmen, und das Glück, es zu vollenden, und was das besagen will, erhellt daraus, daß nicht weniger als 16396 Schriften von 8565 Autoren angeführt sind, und bei 2778 eine Angabe des Inhalts beigefügt ist. Das Ziel, das ihm vorgeschwebt, eine quellenmäßige Geschichte der Psychiatrie der früheren Jahrhunderte zu schreiben, hat er zwar nicht erreicht, wohl aber hat er die Bausteine zu diesem Riesenwerke herbeigetragen und damit jedem späteren Forscher seine Aufgabe wesentlich leichter gemacht. Laehr wählte in seiner Arbeit den chronologischen Weg, um den jeweiligen Kulturzustand in einer gewissen Reihenfolge zur Kenntnis zu bringen und die Möglichkeit eigener Ergänzung zu erleichtern. Die Ausstattung der drei Bände ist eine vorzügliche und, nach Art der englischen, über das bei uns Gewohnte hinausgehende. Zeitschrift für Psychologie

HEINRICH LAEHR, Gedenktage der Psychiatrie und ihrer Hilfsdisziplinen in allen Ländern

Vierte vermehrte und verbesserte Auflage. 8°. Geheftet 12 Mark

Den Zweck dieser Schrift, die Vergangenheit für die Zukunft nutzbar zu machen, denjenigen Männern, welche sich um die Entwicklung der Psychiatrie Verdienste erworben haben, ein Andenken zu sichern, ferner historische Notizen über die Entwicklung der Heil- und Pflegeanstalten wie des Irrenwesens zu geben und vor allem die Tatsachen selbst bei der oft großen Verschiedenheit der Angaben mit möglichster Benutzung der Quellen sicherzustellen, um einer späteren Geschichte der Psychiatrie und Neurologie feste Bausteine zu liefern, hat auch die vorliegende vierte Ausgabe möglichst zu erfüllen versucht. Die Zahl der Einzelangaben ist von 949 der 1. Auflage in der 2. auf 1446, in der 3. 1890, in der vorliegenden auf 2637 gestiegen, obgleich in letzterer Zusammengehöriges korrekter und ausführlicher wiedergegeben ist. Ein sorgsam ausgeführtes Inhaltsverzeichnis wird es leicht und bequem machen, sich zu orientieren.

HANS LAEHR, Die Anstalten für Psychisch-Kranke in Deutschland, Deutsch-Österreich, der Schweiz und den Baltischen Ländern.

Sechste Auflage. 8°. Geheftet 5 Mark

Wer sich genauer über die Anstalten obengenannter Kategorie orientieren will, sei nachdrücklichst auf dieses Werk Laehrs verwiesen. Wir erfahren bei jeder Anstalt, wer der Unternehmer ist, welche Ärzte praktizieren, wie hoch der Krankenbestand und das Wesentliche über die Geschichte der Anstalten. Außerdem enthält das Sammelwerkchen noch andere statistisch-wertvolle Angaben und Angaben über die psychischen Zeitschriften und Gesellschaften. Repertorium der praktischen Medizin

K. PÁNDY, Die Irrenfürsorge in Europa. Eine vergleichende Studie.

Deutsche Ausgabe durchgesehen von Dr. H. ENGELKEN JUN. Mit 50 Abbildungen im Text. Gr. 8°. Geheftet 12 Mark

Die Ausführungen zeichnen sich durch eine frische Lebhaftigkeit aus, die doch an keiner Stelle die Objektivität des Beobachters beeinträchtigt hat. Die einzelnen Abschnitte enthalten Übersichten über die geschichtliche Entwicklung des Irrenwesens in den einzelnen Ländern, die durch ihre Nebeneinanderstellung lehrreich wirken, andererseits aber auch erkennen lassen, daß noch in keinem Lande die Fürsorge für die Geisteskranken zu einem vorbildlichen Abschluß gekommen ist, sondern daß sowohl im Anstaltswesen wie auch in der Gesetzgebung hier noch alles in der Entwicklung begriffen ist. Ein besonderer Vorzug des Buches liegt darin, daß der Verfasser sich von jeder Schönfärberei fernhält. Zeitschrift für soziale Medizin



